CADERNO DE ANAIS DA V JORNADA APOIAR

Saúde Mental nos Ciclos da Vida

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social — Departamento de Psicologia Clínica

APOIAR – Atendimento Psicológico Clínico Individual e Grupal

Leila Cury Tardivo (organizadora)

São Paulo

9 E 10 DE NOVEMBRO DE 2007

APOIO DA PRÓ REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA USP

E DA VETOR EDITORA PSICOEDAGÓGICA

Ficha Catalográfica

Tardivo, L.S.P.C. (org) e colaboradores – Anais da V Jornada APOIAR: "Saúde Mental nos Ciclos da Vida", Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo – São Paulo

09 e 10 de novembro de 2007. 420p.

ISBN: 978-85-86736-31-5

Palavras–chaves: psicologia clínica; saúde mental; infância; adolescência; maturidade;; envelhecimento;

APRESENTAÇÃO DA V JORNADA

Essa é a quinta Jornada que realizamos, e deverá ocorrer nos dias 9 e 10 de novembro de 2007, no Instituto de Psicologia da USP - na Cidade Universitária, São Paulo, e contamos com o apoio do o IPUSP e da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão USP, e da Editora Vetor.

O tema a ser abordado na V Jornada é "Saúde Mental nos Ciclos da Vida", com as presenças de professores e pesquisadores da Universidade de São Paulo, e de outras Universidades, além de outras instituições, como o Ministério da Saúde, que deverão trazer suas experiências, e pesquisas, tão relevantes na área da saúde mental.

Destacamos a presença do Dr Mauricio Knobel, que formou gerações de psicólogos e psicanalistas, e nos honra com sua presença, como os demais convidados.

No evento serão ainda divulgadas na forma de pôsteres, projetos e pesquisas desenvolvidas nos distintos projetos do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clinica Social, configurando-se assim a V Jornada APOIAR, também em oportunidade de intercâmbio científico, destacando-se ainda o caráter multidisciplinar do encontro. Assim, faz parte da Comissão Organizadora, o Prof. Associado Francisco A. Junior, importante psiquiatra de nosso meio e, professor do IPUSP e coordenador do Laboratório., o que vem contribuindo para o diálogo profícuo entre diferentes profissionais em Saúde Mental.

Ao mesmo tempo, temos a satisfação de comemorar os 10 anos de Ser e Fazer, Oficinas Terapêuticas de Criação, sob a coordenação da Profa. Tânia Vaisberg, que permanece no Laboratório e está presente no evento, abrilhantando-o ainda mais. Fiéis à vocação da Universidade pública, esse evento como as outras atividades são oferecidos sempre sem nenhum ônus aos participantes.

Haverá ainda o lançamento do livro que deriva da minha tese de Livre Docência, com tema diretamente ligado ao que trataremos na Jornada: "Adolescência e Sofrimento Emocional – Encontros e Viagens", editado pela Editora Vetor, que apóia o evento e a cuja equipe expresso meus agradecimentos.

Assim, é com imensa satisfação que convido a participarem: jovens estudantes, nossos futuros profissionais e colegas de outras universidades, e pessoas interessadas no tema.

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – PROJETO APOIAR

Presidente da Comissão organizadora da V JORNADA APOIAR

PROGRAMAÇÃO DA JORNADA

SEXTA- FEIRA 09 DE NOVEMBRO DE 2007

8:15hs.: Recepção e entrega de material

8:30 – 9:30hs: MESA DE ABERTURA:

1. **A PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL**

Profa. Dra. **Léia Priszkulnik**: Docente e Chefe do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP

2. **O LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL E PROJETOS DE PESQUISA E INTERVENÇÃO NOS CICLOS DE VIDA**

Profa. Associada **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**: Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (APOIAR) do IPUSP.

9:30- 10:30hs. *CONFERÊNCIA*: **SAÚDE MENTAL NOS CILOS DA VIDA**

Prof. Titular Dr. **Mauricio Knobel**

Coordenação: Prof. Dr. **José Tolentino Rosa** (IPUSP; UMESP)

10:30 – 10:4 hs : Coffee Break

10:45 - 12:30hs: *MESA REDONDA*: **SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA**

Coordenação: Profa. Associada Dra **Leila Cury Tardivo**

1. **OS DESAFIOS ATUAIS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Maria Cristina Ventura Couto (Consultora do Ministério da Saúde)

2. **SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA: NOVAS CONTRIBUIÇÕES NO CAMPO DA PSICOTERAPIA**

Dra. **Irani Tomiatto de Oliveira** (Mackenzie, IPUSP)

3. **COGNIÇÃO SOCIAL E INCLUSÃO ESCOLAR**

Prof. Dr. **José Ferreira Belizário Filho** (UFMG – BH)

12:30hs – APRESENTAÇÃO MUSICAL CANTO-CORAL LAR JÉSUE FRANTZ

12:45 – 14:30hs – intervalo para almoço

14:30 – 15:30hs – Presença dos autores: pôsteres dos membros do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (APOIAR, SER e FAZER e PDD)

15:30 – 17:15 hs- *MESA REDONDA*: **SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA**

Coordenador: Prof. Livre Docente **Tânia Aiello Vaisberg** (PUCCAMP e IPUSP)

1. **ORGANIZAÇÕES DE AMBULATÓRIOS DE ADOLESCENTE**

Prof. Dr. **Ronaldo Laranjeira** e Dra. **Maria de Fátima Rato** (UNIFESP – SP)

2. **ADOLESCÊNCIA NA MODERNIDADE LÍQUIDA**

Prof. Dr. **José R. Lippi** (UFMG – BH)

3. **PASSAGENS, TRANSIÇÕES E ADOLESCERES DESDE UMA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA**

Prof. Livre Docente **Tânia Aiello Vaisberg**

17:30 -19:00hs – Coquetel e Apresentação Musical:

Renato Cury Tardivo (IPUSP)

LANÇAMENTO DO LIVRO: Tardivo, LS.P.C - **Adolescência e Sofrimento Emocional**, Editora Vetor, 2007

SÁBADO - 10 DE NOVEMBRO

8:30 -10:15hs - *MESA REDONDA*: **SAÚDE MENTAL NO ADULTO**

Coordenador: Prof Associado **Francisco Baptista Assumpção Jr**. (IPUSP)

1. **POPULAÇÃO DE RISCO PARA CRIMINALIDADE**

Profa. Dra **Hilda Morana**

2. **REFLEXÕES SOBRE OS 20 ANOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Prof. Dr **Roberto Tikanori** (UNIFESP)

3. **A DEFICIÊNCIA E O AMADURECIMENTO: PERSPECTIVAS E DESAFIOS**

Sra. **Maria Amélia Vampre Xavier**

10:15 – 10:30hs - Coffee Break

10:30 – 12:15hs - *MESA REDONDA:* **SAÚDE MENTAL NA VELHICE**

Coordenador: **Claudia Aranha Gil** (USP) .

1. **ENVELHECIMENTO - DA GERONTOFOBIA AO DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Irene Gaeta Arcuri- (PUC ;INPG)

2. **DEPRESSSÃO NA TERCEIRA IDADE**

Prof. Dr. **Avelino Luiz Rodrigues** (IPUSP)

3. **ENFRENTAMENTO DE EVENTOS ESTRESSANTES E DEPRESSSÃO EM IDOSOS**.

Andréa Fortes Burgos (UNICAMP)

12:15 – 12:30hs- *ENCERRAMENTO* - **ENTREGA DE PRÊMIOS AOS MELHORES POSTERES**

SUMÁRIO

TÍTULO DE TRABALHO E AUTORES	PÁGINA
1ª PARTE: MESA DE ABERTURA	13
PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL **Léia Priszkulnik**	14
O **LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL E PROJETOS DE PESQUISA E INTERVENÇÃO NOS CICLOS DE VIDA - E A V JORNADA APOIAR** **Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo**	20
APRESENTAÇÃO DO DR. MAURÍCIO KNOBEL **José Tolentino Rosa**	29
2ª PARTE: MESA REDONDA: SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA	31
SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA: NOVAS CONTRIBUIÇÕES NO CAMPO DA PSICOTERAPIA **Irani Tomiatto de Oliveira**	32
3ª PARTE: MESA REDONDA: SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA	36
ORGANIZAÇÕES DE AMBULATÓRIOS DE ADOLESCENTE - **Ronaldo Laranjeira** e **Maria de Fátima Rato Padin**	37
A ADOLESCÊNCIA NA MODERNIDADE LÍQUIDO-CONTEMPORÂNEA **José Raimundo da Silva Lippi**	39
PASSAGENS, TRANSIÇÕES E ADOLESCERES DESDE UMA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA **Tânia Maria José Aiello Vaisberg** e **Maria Christina Lousada Machado**	61
4ª PARTE : MESA REDONDA: SAÚDE MENTAL NO ADULTO	66
POPULAÇÃO DE RISCO PARA CRIMINALIDADE **Hilda Morana**	67
REFLEXÕES SOBRE A VIDA ADULTA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL - DEFICIÊNCIA E AMADURECIMENTO: PERSPECTIVAS E DESAFIOS **Maria Amélia Vampre Xavier**	69

5ª PARTE: MESA REDONDA: SAÚDE MENTAL NA VELHICE	74
VELHICE: DA GERONTOFOBIA AO DESENVOLVIMENTO HUMANO **Irene Gaeta Arcuri**	75
DEPRESSSÃO NA TERCEIRA IDADE **Avelino Luiz Rodrigues**; **Deomara Cristina Damasceno** e **Liliana Cremachi Leonardi**	92
ENFRENTAMENTO DE EVENTOS ESTRESSANTES E DEPRESSSÃO EM IDOSOS **Andréa Cristina Garofe Fortes Burgos**	101

6ª PARTE: PÔSTERES	

PROJETO DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO	109
RELATO DE UM CASO DE ESCLEROSE TUBEROSA ASSOCIADA A AUTISMO **Susan Meire Mondoni, Carolina Rabello Padovan** e **Francisco Baptista Assumpção Junior**	110
SÍNDROME DE SOTOS (GIGANTISMO CEREBRAL): RELATO DE UM CASO **Tatiana Malheiros Assumpção; Vera Lucia Santini Magalhães; Francisco Baptista Assumpção Junior**	113
O AMOR E O TRANSTORNO DE ASPERGER **Thiago de Almeida** e **Francisco Baptista Assumpção Jr**	118
A IMPORTÂNCIA E A BANALIZAÇÃO DO AMOR NO COTIDIANO **Thiago de Almeida** e **Halley Caixeta de Oliveira**	127
LOUCOS DE AMOR: O AMOR E A SEXUALIDADE PARA SÍNDRÔMICOS DE ASPERGER **Thiago de Almeida** e **Francisco Baptista Assumpção Jr**	143
ANÁLISE PSICOLÓGICA DE UM GRUPO DE GESTANTES EM REGIME DE ATENDIMENTO COMUNITÁRIO **Kátia Regina Beal Rodrigues** e **Thiago de Almeida**	148

PROJETO APOIAR	161
A PORTA DE ENTRADA DO APOIAR: ESTUDO QUANTITATIVO DE PACIENTES NA BUSCA DE ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS **Márcia Aparecida Isaco de Souza** e **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	162
A IMPORTÂNCIA DA ACOLHIDA INICIAL EM FORMA DE CONSULTAS TERAPÊUTICAS **Márcia Aparecida Isaco de Souza**; **Elaine de Siqueira**; **Valdeli Vieira**; **Valéria de Angelis Vieira** e **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	164
RELATO DE UM ATENDIMENTO EM FORMA DE CONSULTAS TERAPÊUTICAS **Aline de Moura**; **Márcia Aparecida Isaco de Souza** e **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	177
ENTREVISTAS INICIAIS - ATENDIMENTOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS **Valéria de Angelis Vieira**;**Márcia Aparecida Isaco de Souza**; **Cláudia Aranha Gil** e **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	183
PSICOTERAPIA Y PSICODIAGNÓSTICO RELACIONES Y TAREAS COMPLEMENTARIAS: UN ESTUDIO DE CASO **Renato Cury Tardivo** ; **Ligia Mitsuko Furusawa** e **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	189
ESTUDO DE CASO: PACIENTE COM TRANSTORNO DO PÂNICO **Lúcia de Mello Senra do Valle** e **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	199
CONSULTAS TERAPÊUTICAS DE UMA CRIANÇA ABRIGADA E SUA MÃE: MATERNANDO MÃE E FILHA **Wadad Ali Hamad Leoncio** e **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	208
DO ABRIGAMENTO AO DESABRIGAMENTO: CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIVÊNCIA DE UM ADOLESCENTE **Elaine Cristina Pinho da Silva; Wadad Hamad Leôncio** e **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	233
AVALIAÇÃO CLÍNICA EM CRIANÇA ABRIGADA, COM DIFICULDADE DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL **Maria Aparecida Mazzante Colacique** e **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	248
ADOLESCENTES ABRIGADOS **Paola R. Dottori**; **Déa Berttran**; **Dagmar Menichetti**; **Wadad Ali Hamad Leôncio** e **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	254
DIAGNÓSTICO, PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA E IDOSOS **Miriam Altman**, **Kayoko Yamamoto** e **Leila S.L.C. Tardivo**	259

PSICOTERAPIA BREVE DE IDOSOS: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO NA DELIMITAÇÃO DO FOCO **Lídia Rodrigues Schwarz** e **Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo**	274
CRISE DA MEIA IDADE FEMININA – RAINHA OU BRUXA? **Eliana Siqueira**	276
NÚCLEO DE FAMÍLIA/CASAL: PROPOSTAS DE ATENDIMENTO EM MODELO DINÂMICO – SISTÊMICO – INTEGRATIVO **Cíntia Soares**; **Marcelo Labaki Agostinho**; **Sílvia C. S. Karacristo**; **Sônia Nukui**; **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	279
CRIAR E CUIDAR: ENQUADRES DIFERENCIADOS NA INTERVENÇÃO CLÍNICA COM ADOLESCENTES VITIMIZADOS **Antonio Augusto Pinto Junior**; **Fabiana Cortez Vieira**; **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**; **Márcia Regina dos Santos**; **Nelson Rodrigo Faria de Almeida**	289
PESQUISA COM AGRESSORES SEXUAIS DOMÉSTICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES A PARTIR DO USO DE TÉCNICAS PROJETIVAS: DADOS PRELIMINARES **Antonio Augusto Pinto Junior**, **Patrícia Regina da Matta Silva**;; **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**; **Márcia Regina dos Santos**, **Maria Amélia Azevedo**, **Viviane Nogueira Guerra**	295
CRESCIMENTO E FORMAÇÃO DOS ALUNOS NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) **Ana Luiza Figueiredo Steiner**; **Antonio Geraldo de Abreu Filho**; **Abrahão Quadros**; **Helga Cristina Silva**; **Acary Souza Bulle Oliveira**; **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	310
OFICINA PSICOTERAPÊUTICA DE CARTAS, FOTOGRAFIAS E LEMBRANÇAS: DESAFIOS E ESPERANÇA NO CONTEXTO DO HOSPITAL PSIQUIATRICO **Claudia Aranha Gil**; **José Waldemar Turna**; **Tania Vaisberg** e **Leila Tardivo**	322
OFICINA PSICOTERAPÊUTICA COMO PROPOSTA DE UM ENCONTRO INTER-HUMANO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO **Denir Camargo Freitas**; **Cláudia Aranha Gil**; **Leila S. L.P. C. Tardivo**	331
O ENCONTRO INTER HUMANO: RELATO DE EXPERIÊNCIA CLÍNICA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO **Maria Salete Lopes Legname de Paulo** e **Leila S.L. Cury Tardivo**	336
OFICINA TERAPÊUTICA: CONTOS DE FADAS COM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS **Cleny Gregório Labate**; **Isaura Maria A. Costa**; **Cecília H. Myamoto**; **Juliana C. G. Galvão**; **Marília Lídia de Assis**; **Rafael T. Neves** e **Leila Cury Tardivo**	347

REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSSO INCLUSIVO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA **Tadeu B. Nogueira Jr**; **Danilo Crespo**; **Joyce E Fukuda**; **Camila Galafassi**; **Juliana Galvão**; **Cecília H. Myamoto**; **Mariana Penteado**; **Marco V. Zahra**; **Anne Würzle**; **Francisco B Assumpção Jr** e **Leila S. de L.P. Cury Tardivo**	354
REFLEXÕES A PARTIR DA PSICANÁLISE WINNICOTTIANA SOBRE AS IMPLICAÇÕES DA DEFICIÊNCIA CONGÊNITA PARA O PROCESSO DE AMADURECIMENTO **Tadeu Barbosa Nogueira Jr**	375
REFLEXÕES ACERCA DO TRABALHO PSICOTERAPÊUTICO COM PESSOAS SURDOCEGAS **Tadeu B. Nogueira Jr**; **Anne Würzler**; **Camila Galafassi**; **Cecília H. Myamoto**; **Danilo Crespo**; **Joyce E. Fukuda**; **Juliana Galvão**; **Marco V. Zahra**; **Mariana Penteado**; **Leila S.L.C. Tardivo** e **Francisco B. Assumpção Jr**	379
PSICANÁLISE E NEUROCIÊNCIAS: INTERSECÇÕES **Laura Carmilo Granado** e **Leila Salomão La Plata Cury Tardivo**	384
BASES ORGÂNICAS DA COMUNICAÇÃO MÃE-BEBÊ: UMA ARTICULAÇÃO ENTRE NEURÔNIOS-ESPELHO E PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA **Laura Carmilo Granado**; **Rogério Lerner**; **Leila S.L.P.C. Tardivo**	397
ESTUDO SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES PORTADORES DE GLOMERULOPATIAS: UMA CONTRIBUIÇÃO DO MÉTODO DE RORSCHACH **Valdeli Vieira**; **Lucilena Vagostello**; **Claudia Aranha Gil** e **Leila S.L.P. Cury Tardivo**	401
PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO: RELATO DE CASO **Valdeli Vieira**; **Márcia Aparecida isaco Souza**; **Alexandre Boronat** e **Leila S.L.P. Cury Tardivo**	403
SER E FAZER	405
O MUNDO TRANSICIONAL PAPELEIRO DA OFICINA ARTE DE PAPEL: UM ENQUADRE DIFERENCIADO NA ARTEPSICOTERAPIA **Tânia Maria José Aiello Vaisberg** e **Fabiana Follador e Ambrosio**	406
CONSULTORIAS PSICOTERAPÊUTICAS Ser e Fazer: A ARTEPSICOTERAPIA NO CUIDADO A PROFISSIONAIS E EQUIPES DE TRABALHO **Tânia Maria José Aiello Vaisberg**, **Fabiana Follador e Ambrosio**; **Jacirema Cléia Ferreira**	411
CASQUINHA, LUDOVICO E CAMBALHOTA: ERA UMA VEZ NA CLÍNICA WINNICOTTIANA **Tânia Maria José Aiello Vaisberg**; **Adriana Micelli Baptista**; **Fabiana Follador e Ambrosio** e**Yára Bastos Corrêa**	413

UM TRABALHO CLÍNICO SOCIAL: A OFICINA DE HISTÓRIAS, FOTOS E LEMBRANÇAS DA SER E FAZER **Walkiria Cordenonssi Cia**; **Fabiana Follador e Ambrosio** e **Tânia Maria José Aiello-Vaisberg**	417

ENTREGA DE PRÊMIOS AOS MELHORES POSTERES –

Uma comissão de professores do Departamento de Psicologia Clínica, composta pelos professores **Léia Priszkulnik**, **Andrés Eduardo Aguirre Antúnez** e **Daniel Kupermann** avaliaram *37 pôsteres* apresentados durante o evento.

Os trabalhos premiados foram:

RELATO DE UM CASO DE ESCLEROSE TUBEROSA ASSOCIADA A AUTISMO de Susan Meire Mondoni; Carolina Rabello Padovan e Francisco Baptista Assumpção Junior

CONSULTORIAS PSICOTERAPÊUTICAS Ser e Fazer: A ARTEPSICOTERAPIA NO CUIDADO A PROFISSIONAIS E EQUIPES DE TRABALHO de Tânia Maria José Aiello Vaisberg; Fabiana Follador e Ambrosio e Jacirema Cléia Ferreira

BASES ORGÂNICAS DA COMUNICAÇÃO MÃE-BEBÊ: UMA ARTICULAÇÃO ENTRE NEURÔNIOS-ESPELHO E PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA de Laura Carmilo Granado; Rogério Lerner e Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

1ª PARTE:

MESA DE ABERTURA

PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL

Léia Priszkulnik[3]

O termo “Psicologia Clínica” é utilizado pela primeira vez pelo psicólogo norte-americano Lightner Wittmer em 1896. Ele a define “como um método de pesquisa que consistia em examinar, com vistas a uma generalização, as aptidões dos sujeitos e suas deficiências” (Roudinesco, 1998, p.612).

Freud também utiliza o termo “Psicologia Clínica” numa carta endereçada a Fliess em 30 de janeiro de 1899. Ele escreve: “o que está emergindo do caos, desta vez, é a ligação com a psicologia contida nos *Estudos sobre a Histeria* – a relação com o conflito, com a vida: a psicologia clínica, como me agradaria chamá-la” (Masson, 1986, p.343). Segundo Roudinesco (1998), Freud utiliza a expressão uma única vez, pois “se o método psicanalítico repousa sobre uma clínica, esta renuncia, no entanto, à observação direta do doente para interpretar os sintomas em função da escuta do inconsciente” (p. 612).

O Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP surge com a criação e a instalação do Instituto de Psicologia. A criação se dá em 1969 e a instalação em 1970, sendo um dos quatro Departamentos que compõem o Instituto. O Departamento de Psicologia Clínica é oriundo da iniciativa de Annita Castilho Cabral que, em 1954, criou junto à sua Cadeira de Psicologia do Departamento de Filosofia uma especialização em Psicologia Clínica. Instalado o Departamento, as atividades ligadas à Graduação começam a ser desenvolvidas. O Programa de Pós-Graduação em Psicologia, área de concentração Psicologia Clínica, é criado cinco anos depois (1975) em nível de Mestrado, e doze anos depois (1982) em nível de Doutorado.

O Departamento de Psicologia Clínica caracteriza-se por ser um centro de

[3] Professora Doutora do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP.
Docente e orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP.
Psicanalista.

pesquisa e de formação. As disciplinas ministradas e as pesquisas realizadas visam à formação universitária e obtenção de títulos acadêmicos, a formar pessoal habilitado ao exercício da investigação bem como à habilitação para o exercício profissional.

O Departamento realiza investigação no campo da Psicologia Clínica e de outras áreas que, por suas finalidades, possam contribuir para o progresso da Psicologia Clínica. É responsável por disciplinas de Graduação e Pós-Graduação relativas à fundamentação e a prática da Psicologia Clínica. As pesquisas, em nível de Iniciação Científica, Mestrado e Doutorado, ocorrem de maneira indissociável da prestação de serviços, que se dá através dos atendimentos clínicos, os quais são disponibilizados à comunidade na Clínica-Escola e/ou nos Laboratórios de Estudos e Pesquisas, ambos vinculados ao Departamento.

A prioridade básica é o desenvolvimento de pesquisas que criam e produzem novos modelos de atendimento clínico, modelos que melhor atendam às necessidades da população brasileira. Para isso, o diálogo com outras áreas do conhecimento científico (Ciências Sociais, Medicina, Educação, Filosofia, Arte, entre outras) tem sido preponderante, tanto por ampliar a compreensão das condições de vida do ser humano na atualidade como por favorecer o desenvolvimento de novas modalidades de intervenção clínica (diagnósticos, intervenções terapêuticas com crianças/adolescentes/adultos em Centros de Saúde, ambulatórios, hospitais, creches, clínicas especializadas, entidades de atendimento a portadores de deficiências físicas e/ou mentais, juizado de menores e de família, formas de atendimento em clínica-escola, etc.).

O Departamento de Psicologia Clínica segue de perto o espírito da USP que foi criada com a finalidade de promover a pesquisa e o progresso da ciência, transmitir pelo ensino conhecimentos que enriqueçam ou desenvolvam o espírito e que sejam úteis à vida. Está nos objetivos da USP e do Departamento desenvolver um ensino vivo, acompanhando as transformações na área do conhecimento e mantendo-se em permanente diálogo com a sociedade, numa produtiva integração entre o ensino, a pesquisa e a extensão.

O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, coordenado pela Profª Leila Tardivo e pelo Prof° Francisco Assumpção, é um laboratório de estudo e pesquisas, vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica, que procura articular a pesquisa e a assistência à população no âmbito da saúde mental, envolvendo diferentes níveis etários, tipos de instituição e quadros psicopatológicos, promover um intercâmbio entre os campos da Psicologia, da Medicina e de outras áreas da saúde a partir da clínica, no contexto da Saúde Mental, manter a ênfase no aprofundamento da pesquisa nos diferentes dispositivos clínicos de acordo com as novas políticas da saúde mental e contribuir no campo da saúde mental para o tratamento de pacientes institucionalizados a partir do ponto de vista da psicanálise, que prioriza o lugar do sujeito. Trata-se de pesquisadores que em seu percurso desenvolvem trabalhos vinculados aos hospitais, gerais e psiquiátricos, ambulatórios e demais serviços da rede pública de saúde, tendo em comum a atuação em diferentes setores do campo da saúde mental em consonância com as novas políticas públicas nesse campo.

Pedro Gabriel Delgado, coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde, em artigo publicado no jornal O Globo em 27 de julho de 2006, com o título “Saúde mental e pública para todos”, afirma que “vivemos um importante debate no campo da Psiquiatria e Saúde Mental no Brasil”. Pensa que o centro da discussão deve girar em torno da seguinte questão: “qual é a melhor maneira de organizar os serviços de saúde, para garantir tratamento à imensa legião de pessoas que sofrem com sintomas – mais ou menos graves – que afetam sua saúde mental?”. Reconhece que a tarefa não é pequena nem simples, pois “se tomarmos apenas os casos considerados mais graves (psicoses, neuroses graves, autismo, deficiência mental acompanhada de grande dificuldade de adaptação social, demências severas), encontraremos aproximadamente 3% da população, em todas as faixas etárias e só ai são 5 milhões de brasileiros”, se pensarmos também “na trágica situação do consumo prejudicial de drogas, os casos em que a droga de fato avassala a vida da pessoa, reduzindo suas possibilidades de existência”, teremos de 6% a 10% da população depois da adolescência dependente do álcool, cerca de 1% da população dependente das drogas ilícitas, a soma representando “um décimo dos brasileiros acima de 12 anos precisando de atendimento urgente, inadiável”.

Delgado salienta um aspecto muito importante ao afirmar que “o atendimento não é necessário apenas para quem apresenta problemas considerados graves pela

Psiquiatria e Saúde Pública". Ele se refere ao "mal-estar nosso de todos os dias", o mal-estar que às vezes se torna insuportável. Cita que "a angústia – condição indissociável da experiência humana – pode apresentar-se de maneira tão aguda que se torna um risco para as pessoas", que "o desamparo, o desencanto com as limitações da vida, tudo isso pode atingir paroxismos [estágio de uma doença, ou de um estado mórbido, em que os sintomas se manifestam mais intensamente] tais que precisam ser acolhidos, ouvidos, tratados", que "também as graves questões da crise urbana, como a violência, têm um impacto devastador sobre a saúde mental, gerando demandas dirigidas à saúde pública".

Afirma que, se no passado "90% dos recursos financeiros do SUS federal nessa área destinavam-se a pagar a hospitais psiquiátricos e a rede hospitalar era escassa e frágil", atualmente, do total de recursos, "56% se destinam a hospitais e 44% ao pagamento de Centros de Atenção Psicossocial (Caps – serviços abertos e comunitários, que substituem a internação sempre que possível), ambulatórios, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura, programas de geração de renda, saúde mental na rede de atenção básica, leitos de saúde mental em hospitais gerais e distribuição de medicamentos".

Delgado deixa claro que "essa nova rede ainda é insuficiente, mas já está transformando o quadro dramático da desassistência em saúde mental" e que "o SUS, como política pública {...} tem que seguir enfrentando a construção da rede de saúde mental".

Termina o artigo enfatizando que "a Psiquiatria, e todas as especialidades do vasto campo da saúde mental, não deve fugir desse debate necessário, mas olhar de frente a realidade dos graves desafios da saúde pública".

Num artigo publicado pela Revista de Saúde Pública em jan./fev. de 2006, Mari, Bressan, Almeida-Filho et al, mapeiam a pesquisa em saúde mental no Brasil. Afirmam que "no ano de 2002, o orçamento total para a pesquisa em saúde foi de 101 milhões de dólares, dos quais 3,4 milhões (3,4%) foram aplicados em Pesquisa para a Saúde Mental" e que "as principais fontes financiadoras para pesquisa mental foram a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP, 53,2%) e o

Ministério da Educação (CAPES, 30,2%)". O artigo faz referência aos Cursos de Pós-Graduação, indicando que "em 2002, havia 53 cursos de pós-graduação direcionados a educação em saúde mental no Brasil (43 em psicologia, 6 em psiquiatria, 3 em psicobiologia e 1 em enfermagem psiquiátrica)" e que existem "9 programas dedicados para a psiquiatria, neuropsiquiatria, psicobiologia e saúde mental no País, sete deles localizados na região Sudeste". Os autores concluem que "o investimento canalizado para os programas de pós-graduação na formação de recursos humanos, por meio de bolsas de estudos e fomento à pesquisa, tem permitido ao País uma modesta, mas crescente presença na pesquisa em saúde mental no cenário internacional".

No ano de 2005, o CNPq realizou uma seleção pública de propostas para apoio às atividades de pesquisa direcionadas ao estudo de Saúde Mental. Os temas das pesquisas contemplaram trabalhos desenvolvidos nos CAPs, tratamento de transtornos mentais comuns (síndromes depressivas e ansiosas), violências contra idosos, transtornos de humor ao longo do ciclo da vida, pacientes vítimas de violência sexual, e outros.

Podemos, então, afirmar que há no Brasil cada vez mais pesquisas direcionadas ao estudo da Saúde Mental e uma intensa produção bibliográfica sobre questões relacionadas ao tema.

Entretanto, é importante que os estudos e as pesquisas possibilitem uma maior aproximação do ponto de vista dos sujeitos que vivenciam o sofrimento e é imprescindível compreender melhor a cultura desse outro a quem pretendemos tratar. Não podemos esquecer que o sofrimento envolve muitos aspectos da vida e não é algo que esteja só circunscrito ao corpo ou ao psíquico. Assim, é fundamental que os nossos pesquisadores estejam disponíveis a escutar mais as experiências e as situações vividas pelos sujeitos afetados pelo sofrimento psíquico, pois a necessidade de falar com alguém que saiba escutar, é provavelmente tão antiga quanto o próprio homem e forma uma dinâmica que pode ser encontrada em todos os tipos de relações interpessoais. É fundamental salientar que, mesmo nos casos mais terríveis, existe sempre a esperança, já que os determinismos humanos, em sua maioria, não são definitivos. É fundamental não considerar a pessoa como condenada, reduzi-la a seu trauma ou mantê-la na posição de vítima. Enfim, é fundamental levar em conta que a

relação do sujeito humano com o corpo, a doença e o sofrimento são, acima de tudo, experiências que o envolvem tanto no que ele tem de mais singular quanto no que ele encarna das determinações sociais e culturais mais amplas.

Em termos da Universidade, e principalmente a pública, ela deve contribuir para formar profissionais e pesquisadores mais críticos, mais atualizados com as questões no campo da saúde e da saúde mental, mais atentos à realidade social, econômica e política da população brasileira, mais cuidadosos com as demandas existentes no meio em que atuam, mais instrumentalizados para buscar soluções.

Quando a Universidade oferece uma boa formação, esta tem, certamente, o dom de tirar o aluno da mesmice, de movimentar seus pensamentos, de produzir associações, indagações e até descobertas. O profissional e o pesquisador com boa formação poderão produzir e transmitir conhecimentos e, assim, colaborar com a democratização do conhecimento e com a criação de modelos de atendimento clínico que melhor atendam às necessidades da população brasileira.

Referências bibliográficas

Delgado, P. G. (2006, 27 de julho). Saúde mental e pública para todos. *O Globo*, Rio de Janeiro.

Mari, J. de J., Bressan, R. A., Almeida-Filho, N. et al. (jan./fev. 2006). A pesquisa em saúde mental no Brasil: políticas, infra-estrutura, financiamentos e recursos humanos. *Rev. Saúde Pública*, 40(1). Recuperado em 04 de novembro de 2007, da Scielo: http://www.scielo.br.

Masson, J. M. (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhem Fliess – 1887-1904.* Rio de Janeiro: Imago.

Roudinesco, E. e Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

O LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL E PROJETOS DE PESQUISA E INTERVENÇÃO NOS CICLOS DE VIDA E A V JORNADA APOIAR

Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

INTRODUÇÃO

Iniciamos esse CD, como a publicação que contem trabalhos apresentados na V Jornada APOIAR do LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL , do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.. Estamos assim em nosso quinto encontro, numa freqüência anual.

O APOIAR é um amplo Projeto, inserido no LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL (PSC DO IPUSP), que será descrito de forma resumida em tópico posterior desse breve relato.

O APOIAR foi consolidado em 2003, e veio se integrar ao Projeto Ser e Fazer , oficinas Terapêuticas de Criação, que já compunham o Laboratório desde 1997..

A I Jornada realizada após o primeiro ano de nessas atividades, em 2003, teve como tema As Propostas de Atendimento, e objetivou mesmo essa apresentação, já que estávamos iniciando nossas atividades e parcerias.

Ao longo dos anos diversas pesquisas foram concluídas, teses defendidas , trabalhos apresentados e publicados, outros projetos foram sendo iniciados, outras parcerias com instituições também foram ocorrendo .

Em cada Jornada buscamos apresentar uma publicação que tenha os trabalhos apresentados, divulgando-os e estimulando estudantes, profissionais , e pesquisadores a conhecê-los e a dialogar conosco.

Assim em 2003, pudemos apresentar textos referentes a esses projetos e pesquisas ainda iniciais,(Tardivo e Gil, 2003). (1)

Em 2004 a II Jornada APOIAR foi desenvolvida mais internamente, e dedicada exclusivamente à discussão do atendimento em saúde Mental em nossa cidade. O tema retorna esse ano, de forma muito mais ampla e abrangente. Naquela ocasião, a Jornada foi, na verdade um encontro com o então subsecretário de Saúde Mental do município, o Prof Dr Rooberto Tikanori, que , não mais nesse cargo, retorna esse ano. Nesse diálogo,

contamos com a presença da Profa do IPUSP Maria Inês Assumpção Fernandes. (nesse ano, então não houve a publicação)

Já em 2005, realizamos a III Jornada, e abrimos para a comunidade nossas propostas e vimos apresentar resultados de pesquisas, relatos de parcerias mais desenvolvidas com instituições, Fomos, dessa forma, buscando consolidar o APOIAR como um espaço interinstitucional propiciador de etudos e pesquisas voltadas para a formação do psicólogo clínico como trabalhador de saúde mental em equipamentos de saúde, além de propor atendimentos clínicos diferenciados, sob uma perspectiva psicanaliticamente orientada.

O tema da III foi Atendimentos Clínicos Diferenciados e a Inclusão, enfocando em especial ao Papel da Psicologia Clínica Social; e dessa decorreu um caderno de anais (Tardivo e Gil, 2005) [(2)] com todos os trabalhos apresentados, bem como com outras comunicações. Vale destacar que participaram efetivamente estudantes de graduação nesses trabalhos, bem como ocorre nesse ano;. E essa participação de estudantes de graduação em nossos projetos e propostas vem se desenvolvendo cada vez mais, de forma integrada com a Pós Graduação e com os docentes, além de pesquisadores graduados, que estão sempre trabalhando sob a orientação e supervisão de docentes do IPUSP.

Na III Jornada contamos com a presença do então sub secretário de saúde ,mental da cidade, o Prof Khalil Dualib, buscando e visando sempre o diálogo com a comunidade e os responsáveis pela implementação de políticas públicas em saúde mental.

Dada a relevância dos trabalhos apresentados, da intensa participação dos docentes, estudantes, pesquisadores e parceiros, está sendo organizado um livro com base nessa Jornada, com dados mais atualizados e que deverá ser lançado no primeiro semestre do próximo ano (Tardivo, L.S. PC.C e GIL., C A) [(3)]

A IV Jornada foi desenvolvida em dezembro de 2006 e tratou do tema**:** Infância, Sofrimento Emocional e a Clínica Contemporânea. Nesse evento discutimos trabalhos e propostas referentes à Criança e ao Adolescente de nosso meio, em situação de sofrimento. No evento foram apresentados trabalhos, com a participação efetiva do Prof. Dr. Francisco B. Assumpção Jr, que integrou o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP, e trouxe o Projeto Distúrbios do Desenvolvimento (PDD), que enriqueceu muito o Laboratório, assumindo conosco a coordenação do mesmo.

Vale destacar que estando na Universidade, Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, abriga diversas linhas teóricas, dando espaço ao diálogo e á interlocução que tanto contribuem para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e como profissão. Assim o Prof. Associado Francisco A. Junior, com quem vimos trabalhando de forma coordenada ao longo desse últimos três anos, está também presente na V Jornada.

Apresentamos também na IV Jornada as propostas e trabalhos do APOIAR na temática da infância, em especial daquela desamparada, abandonada e vitimizada Esses trabalhos, bem com outros apresentados naquela ocasião, constam de uma publicação, também divulgada na forma de CD (4) e no site [4]

Para que a quinta jornada, realizada esse ano, pudesse ocorrer da forma como foi proposta, com a presença de convidados de outras universidades e instituições, inclusive de outros estados, com a possibilidade de recebermos um maior número de participantes, e que todos pudessem ter material de apoio, certificados, o próprio CD, contamos com o apoio inestimável do próprio Instituto de Psicologia, em cujas instalações o evento se desenvolve, da Direção, da administração, da Chefia do Departamento de Psicologia Clínica e diversos funcionários, cada um trazendo sua contribuição.

Como na III Jornada pudemos contar e destacamos o efetivo o apoio da Pró Reitoria de Cultura e Extensão da USP, na pessoa do Digníssimo Pró Reitor o Prof Dr Sedi Hirano.

Também contamos com a colaboração da Editora Vetor Psicopedagógica, na pessoa do Prof Glauco Bardella e sua equipe, que nos dá apoio nos eventos e nas nossas publicações.

A todos expressamos nossa gratidão e reconhecimento.

Elegemos como tema para a V Jornada “Saúde Mental nos Ciclos da Vida”, com as presenças de professores e pesquisadores da Universidade de São Paulo, e, como dissemos de outras Universidades, além de outras instituições, como o Ministério da Saúde.

1 www.leilatardivo.com.br

A maior parte dessas apresentações estão inseridas nesse CD, seguindo a programação.

Logo na abertura teremos a fala da Docente e Chefe do Departamento de Psicologia Clínica, a Profa Dra Leia Priszkulnik que trata das relações entre a PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL, cuja comunicação se encontra em adendo (será entregue em texto e depois inserida em CD).

Destacamos a presença do Dr Mauricio Knobel, que formou gerações de psicólogos e psicanalistas, e nos honra com sua presença, abordando o tema da própria Jornada "Saúde Mental nos Ciclos da Vida" , ainda na abertura.

Tendo escrito de forma muito empenhada em sua vida dedicada á Psicóloga Clínica e à psicanálise na América Latina e, de forma especial, em nosso país, todos temos oportunidade de pesquisar e conhecer sua obra. Possivelmente trabalhos apresentados na V Jornada e não publicados de forma imediata deverão possivelmente fazer parte de publicações futuras.

Temos o texto do Prof Tolentino Rosa sobre o Prof Mauricio Knobel, destacando sua enorme contribuição à Psicologia e Psicabnálise em nosso país.

A mesa redonda que se segue á abertura, diz respeito à SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA, composta pelas apresentações que são inseridas e tem as publicações nesse Cd seguindo essa ordem.; e desse temos a pulbicação do trabalho da Profa dra Dra. Irani Tomiatto de Oliveira apresenta o trabalho SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA: NOVAS CONTRIBUIÇÕES NO CAMPO DA PSICOTERAPIA.

As demais apresentações dessa mesa deverão seru publicadas futuramente.

Assim seguem-se as publicações, algumas apresentadas como resumos, referentes à mesa SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA. Temos o trabalho do Prof. Dr. José R. Lippi traz seu trabalho denominado ,ADOLESCÊNCIA NA MODERNIDADE LÍQUIDA.

E concluindo essa parte dos Anais temos a comunicação da Prof. Livre Docente Tânia Aiello Vaisberg, que coordena a mesa, PASSAGENS, TRANSIÇÕES E ADOLESCERES DESDE UMA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA

Na parte seguinte do CD estão inseridas comunicações referentes à MESA REDONDA: SAÚDE MENTAL NO ADULTO. Assim Profa. Dra Hilda Morana trouxe um resumo de seu trabalho POPULAÇÃO DE RISCO PARA CRIMINALIDADE. E completando a publicação do resumo**.** A DEFICIÊNCIA E O AMADURECIMENTO PERSPECTIVAS E DESAFIOS, da autoria da sra. Maria Amélia Vampre Xavier.

A última mesa do evento é composta pelas publicações referentes ás apresentações feitas mesa redonda: Saúde Mental Na Velhice. Iniciando pela comunicação de Irene Gaeta Arcuri ENVELHECIMENTO - DA GERONTOFOBIA AO DESENVOLVIMENTO HUMANO. Em seguida temso o texto intitulado DEPRESSSÃO NA TERCEIRA IDADE, do Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues de nosso Departamento do IPUSP e concluindo essa parte do caderno temos o trabalho ENFRENTAMENTO DE EVENTOS ESTRESSANTES E DEPRESSSÃO EM IDOSOS" de Andréa Fortes Burgos.

Como faz parte da proposta do evento a divulgação de projetos, trabalhos, pesquisas desenvolvidos no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clinica Social, na forma de pôsteres, compõe a última aprte desse Caderno, os trabalhos escritos referentes a esses painéis.

Dividimos os trabalhos publicados segundo o projeto ao qual faz parte: PDD (Projeto Distúrbios do desenvolvimento) ou APOIAR.

Um Comissão composta de Professores do Departamento de Psicologia Clínica se responsabilizou pela avaliação dos pôsters de forma a eleger os três melhores , os quais receberão prêmios, como menções honrosas. Destacamos ainda que todos os pôsteres, em consequência as comunicações escritas foram produzidos pelos pesquisadores, estudantes de graduação, de pós graduação or graduados, canedo aos docentes a orientação e supervisão.

O APOIAR E AS PROPOSTAS DE PESQUISA E INTERVENÇÃO NOS CICLOS DA VIDA

O APOIAR, como outros Projetos abrigados no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, objetiva a formação do psicólogo no campo da saúde mental em sua acepção mais ampla,ou seja, no que diz respeito ao estudo compreensão e intervenção a pessoas em situação de sofrimento; visa, como acima já referimos o

desenvolvimento de pesquisas com a produção de conhecimentos teóricos, que em Psicologia Clínica se faz sempre de forma indissociada da prática.

Nesse sentido, temos diversas propostas de estudo e intervenção na área da saúde mental nos diversos ciclos da vida

Assim crianças abrigadas, e crianças vítimas de violência doméstica, são temas aos quais vimos no dedicando.

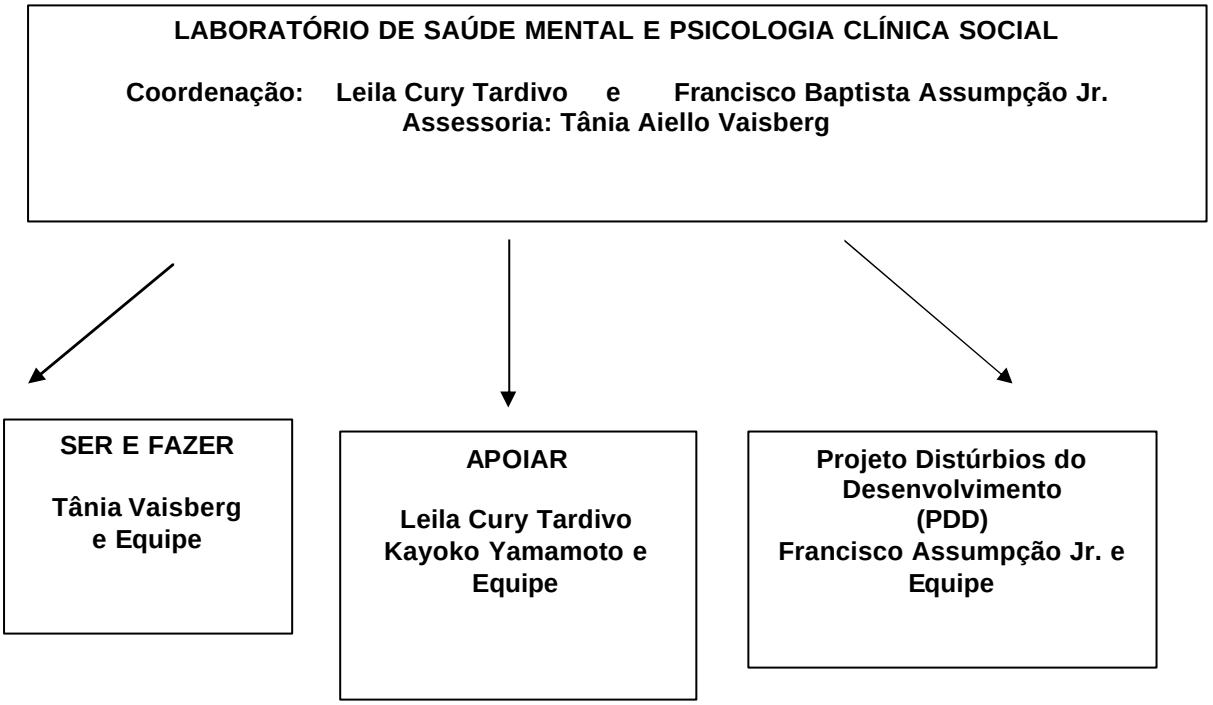
Investgamos e atuamos junto a pacientes psiquiátricos nos hospitais com os quais temos parcerias; além de receebrmos pacientes com distintas manifestações em atendimentos no CAP. Muitas desses trabalhos serão apresentados nesse evento na forma de painéis.

Temos também tranalhos junto a idosos, atendidos no Centro de Aendimento psicológico do IPUSP.

O Laboratório continua abrigando a “A Ser e Fazer”, sob a Coordenação da Professora Livre Docente Tânia Aiello Vaisberg, que mesmo se aposentando continua com atividades no IPUSP à frente da “Ser e Fazer”. Mais adinate nos deteremos um pouco mais na exposição desse Porjeto que completa 10 anos, trazendo benefícios e contribuições a pacientes e estudos científicos da maior qualidade. .

As parcerias entre a “Ser e Fazer” e o APOIAR são muito ricas, e vem se expressando em trabalhos conjuntos, na participação de estudantes em ambos os Projetos, em publicações conjuntas, em eventos nacionais e internacionais , enfim, num verdadeiro intercâmbio e crescimento muito intensos para todos do APOIAR.

Apresentando o Laboratório e visando uma melhor compreensão dos projetos no Laboratório insiro a seguir uma figura :



O APOIAR – Atendimento Psicológico Clínico Individual e Grupal – vem atender a grande demanda de atenção psicológica gerada pelo sofrimento humano causado pelas condições da vida contemporânea.

Estabelecemos convênios e parcerias, as quais tem caráter puramente acadêmico e científico, para o desenvolvimento de pesquisas, e produção de conhecimento, com instituições que necessitam ou nos buscam para esse um em comum: o trabalho em função do sofrimento humano, com o caráter já mencionado

A partir dessas parcerias e intercâmbios, vimos desenvolvendo trabalhos de intervenção, e produzindo conhecimentos (na forma de pesquisas e trabalhos científicos). Também essas parcerias tem se constituído em espaço para o desenvolvimento das atividades de estágio regulares das disciplinas da área da Psicopatologia do curso de graduação.

Contamos com a participação efetiva dos estudantes de pós-graduação, que desenvolvem seus projetos de pesquisa orientados por mim ou outros docentes do Instituto, de forma absolutamente integrada com os objetivos do Laboratório. Esses projetos deram ou darão origem às dissertações de mestrado, às teses de doutorado,

Importante destacar que contamos no APOIAR com a participação de um grande número de colaboradores, os quais são pesquisadores, evidenciando a participação em Laboratório Universitário, e não em atividades filantrópicas. Para essas últimas há espaço e lugar, e não se discute a necessidade do voluntariado em um país carente como o nosso.

OS DEZ ANOS DA SER E FAZER

Esse mês estamos comemrando os dez anos da Ser e fazer. Abaixo apresento um resumo dessas propostas, que tenato trouxeram à USP, à comunidade, aos estudantes.

- Desde 1997; se constitui num espaço Institucional, com pesquisas voltadas ao estilo clínico "Ser e Fazer"
- Busca de enquadres diferenciados à luz da Psicanálise do Self
- E se configura numa proposta diante de novas demandas de sofrimento geradas pela vida contemporânea
- Todas as propostas encotram inspiração na teoria psicanalítica Winnicottiana: A apresentação da materialidade mediadora em cada oficina é considerada como um elemento facilitador do brincar em um ambiente terapêutico sustentador que possa favorecer o encontro inter-humano, o crescimento emocional, o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo,criando condições de sustentação emocional e a recuperação do gesto criativo na presença do outro, possibilitando experiências mutativas.
- São dicersas as propostas que foram e continuam sendo desenvolvidas: Oficina de arranjos florais, Oficina de cores, Oficinas de Fantoches, rabiscos e outras brincadeiras, Oficina de Papel artesanal, Oficina de Tapeçaria e outros bordados, Oficina de teatro da espontaneidade para adolescentes.

- Foi também criada a Ser e Criar: dirigida a gestantes e mães
- No âmbito Institucional, são desenvolvidas diversas propostas como: Oficina de arranjos florais para pacientes neurológicos (UNIFESP) e Oficina de velas artesanais para pacientes soropositivos, na Prefeitura Municipal de Santo André.

As publicações derivadas dessas porpostas podem ser encotradas nas mais diversas teses defendias e aprovadas, em distintaos artigos e kivros da autoria da Profa Tânia Aiello Vaisberg e remeteo o leitor ao site: www.serefazer.com.br

Concluindo essa breve apresentação ao Caderno dos Anais da V Jornada APOIAR, saliento que nem todas as apresentações estão publicadas nesse momento. Certamente, deveremos propor que sejam apublicadas para que um número maior de pessoas tenham acesse a todo esse conteúdo.

Aos leitores que tiverem oportunidade de ter acesso ao material aqui publicado, expresso meu desejo de que essas idéias dos distintos autores, de linhas teóricas diversas, de formações diversas, desde professores com muita experiência até estudantes que nos trazem suas reflexões, instiguem a todos em suas próprias reflexões e práticas.

Desejo mesmo que todos possamos a partir de um embsamento teórico consistente, desenvolver pesquisas, conhecimentos teóricos, que convirjam para uim mesmo objetivo: a busca de promover, no que estuver a nosso alcance, a saúde mental das pessoas em todos os ciclos da vida.

REFERÊNCIAS

Tardivo, LS.P.C. E Gil, C A - *Anais V Jornada Apoiar*: Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: O papel da Psicologia Clínica Social. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005.

Tardivo, LS.P.C. E Gil, C A - *Anais V Jornada Apoiar*: Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: O papel da Psicologia Clínica Social. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005.

Tardivo, L.S.P.C – Adolescência e Sofrimento Emocional:Reflexões Psicológicas – Encontros e Viagens, Instituto de Psicologia da de São Paulo, Universidade 2004.

APRESENTAÇÃO DO DR. MAURÍCIO KNOBEL

José Tolentino Rosa[5]

A. História da psicologia no Brasil

Encontramos na enciclopédia Britânica, de Oxford Press 2007, que a obra de Sigmund Freud foi e continua sendo objeto de estudo na maioria das Sociedades Psicanalíticas do Brasil. No começo dos anos 50, as idéias kleinianas tinham bastante popularidade no Rio de Janeiro e em São Paulo, graças a Decio de Souza, Virgília L. Bicudo, (PSC-USP), F. Phillips, Paulo Cesar Sandler, Lyra e graças ao casal Mario e Zaira Martins em Porto Alegre, RS.

Alguns analistas do Rio de Janeiro e de São Paulo fizeram uma segunda análise e freqüentaram seminários e supervisões na Sociedade Britânica de Psicanálise. Desde então muitos kleinianos visitaram o Brasil.

Por muitos anos os fundadores da Sociedade Brasileira de Psicanálise e membros de sociedades não afiliadas à IPA, fizeram cursos com Arminda Aberastury e Maurício Knobel, Sandor Ferenczi, Karl Abraham, e Willian Fairbain. Winnicott começou a ser ensinado nos anos 70, assim como Wilfred R. Bion, pelos analistas Phillips, Junqueira, Paulo César Sandler, principal tradutor das obras bioneanas para o português (USP) e Leon Grinberg, na Argentina.

B. Estudioso com intercâmbio internacional

M. Knobel estudou psicanálise nos USA, tendo sido reconhecido pelo conceito da síndrome normal da adolescência na Universidade de Chicago.

Na Europa, foi membro da diretoria da Federação Internacional de Psicoterapia Dinâmica em Escolas Médicas (de Berlin), sendo contemporâneo de G. Amon (teoria dos buracos negros do Self e da clínica do vazio).

[5] **Professor doutor do Departamento de Psicologia Clínica**

Na Argentina, foi membro fundador da Associação de Psicanálise Argentina (APA), tendo publicado diversas obras com Arminda Aberastury, Jose Bleger, David Liberman, Angel Garma e Horacio Etchegoyen.

C. Tal pai, tal filho

Tenho a grata satisfação de ter traduzido o livro do Joseph Knobel junto com Maria Luiza Soquier (ex-campo) e Carlos Blinder, psicanalistas ligados a Universidade de Barcelona, Espanha. Herdou do pai o fôlego de trabalho incansável, a fidelidade aos ensinamentos psicanalíticos em sua origem.

Quem sabe seu filho, Joseph, possa vir ao Departamento de Psicologia Clínica ministrar um curso sobre a *Clínica do Vazio de em crianças e adolescentes*, sob a perspectiva da psicanálise francesa winnicottiana

A liderança de André Grelen tem reunido importantes psicanalistas da Europa, como: . Serge Lebovici, Françoise Dolto, Joyce Mc Dougall.

D. Finalmente, ...

Com vocês um psicanalista brilhante, de quem tive a felicidade de compartilhar o ensino da Psicologia Clínica na PUCCAMP, de ser um co - orientador da Tese de Doutorado de Marília Vizzoto.

Registro ainda o previlégio de ter participado da homenagem que a Unicamp lhe prestou por ocasião de sua aposentadoria nesta instituição, e por ser considerado também um amigo das famílias Knobel e Vizzoto.

2ª PARTE:

MESA REDONDA

SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA

SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA: NOVAS CONTRIBUIÇÕES NO CAMPO DA PSICOTERAPIA

Iraní Tomiatto de Oliveira
Universidade Presbiteriana Mackenzie
Universidade de São Paulo

É de conhecimento geral que o tratamento psicoterápico de crianças se iniciou com o próprio Freud, que publicou em 1909 a *Análise da fobia de um menino de cinco anos*, artigo no qual relata o trabalho realizado com uma criança que sofria de agorafobia, por medo de ser mordido por um cavalo. Encorajado e supervisionado por Freud, o próprio pai analisou o menino. Apesar de ter considerado que os resultados foram positivos, Freud, a princípio, viu este trabalho com restrições, acreditando que só ao pai da criança seria possível realizá-lo.

Depois desta tentativa pioneira, transcorreu ainda um bom tempo até que a análise de crianças pudesse realmente prosperar, em parte devido às dificuldades técnicas que ela apresentava, em parte devido a uma série de concepções existentes na época a respeito das crianças e de suas possibilidades de serem analisadas.

Só no fim da década de 20 e início da década de 30, no século XX, surgiram os primeiros trabalhos organizando técnicas de análise infantil, com Anna Freud e Melanie Klein. Embora quase concomitantes, os trabalhos de ambas guardavam entre si diferenças consideráveis, pelo menos no início. No decorrer do tempo essas diferenças se tornaram um pouco mais amenas.

Esses trabalhos pioneiros deram origem a muitos outros, realizados em diferentes países, a partir dos quais novas questões foram sendo levantadas, tanto no que se refere ao estudo do desenvolvimento infantil quanto às técnicas de trabalho clínico. Uma das questões fundamentais que passou cada vez mais a ser considerada é a da importância do ambiente familiar no desenvolvimento da criança, seja normal, seja patológico.

Embora Melanie Klein ressaltasse a importância da relação mãe-bebê, suas concepções continuavam a privilegiar a dinâmica intra-psíquica. O final da década de 50 e especialmente a década de 60, do século XX, viram surgir um grande número de trabalhos dedicados a estudar as relações precoces mãe-bebê, especialmente através da observação direta, e não mais da reconstrução mnêmica. Nestas bases surgiram os

estudos de Spitz, Mannoni, Mahler e Winnicott. Concomitantemente surgiram as pesquisas de inspiração etológica, das quais uma das maiores expressões foi Bowlby.

O que se observa, historicamente, é uma tendência a se ampliar o campo de estudo, que partiu especialmente dos conflitos intra-psíquicos, para incluir o relacional, o familiar, o social, o cultural. No decorrer do século XX e, em seqüência, nesse início de século XXI, cada vez mais o homem é considerado como um ser relacional, vincular e contextualizado histórica, cultural e socialmente. No caso da criança, esse enfoque toma ainda importância especial, se considerarmos seu maior nível de dependência.

A busca por essa compreensão mais ampla exige a ampliação dos referenciais teóricos. Apesar de todas as dificuldades envolvidas na tarefa de tentar conciliar diferentes conhecimentos e teorias, faz-se necessário buscar essa integração, uma vez que não é possível ignorar as contribuições advindas de diferentes vertentes do conhecimento humano.

Em termos técnicos, o que se observa é a busca de alternativas que possibilitem ampliar a oferta de serviços psicológicos, visando atender ao aumento da demanda, a variedade e heterogeneidade das situações que necessitam de intervenção, e a aceleração do ritmo de vida, em especial nas grandes metrópoles.

É em consonância com essas tendências que temos procurado desenvolver nossa proposta de trabalho, que se caracteriza por uma modalidade de psicoterapia breve de abordagem psicodinâmica com crianças e pais. Para isso, valemo-nos, além da análise da dinâmica psíquica da criança e dos pais e da configuração da relação que se estabelece entre eles, do referencial do desenvolvimento infantil, reconhecidamente um parâmetro central em qualquer estudo sobre crianças. Entre os vários estudos e construções teóricas sobre o desenvolvimento infantil, escolhemos o de Erik Erikson, por inúmeras razões. Partindo do referencial psicanalítico, este autor acrescenta e integra aos aspectos intra-psíquicos os ambientais, não só familiares, mas sociais, compondo uma visão do ser humano que nos parece verdadeiramente bio-psico-social. Analisa o desenvolvimento assim contextualizado, abordando-o como um processo completo, que engloba as diferentes fases, desde o nascimento até a morte, e caracterizando diferentes aspectos de cada uma dessas fases.

Iniciamos o processo de atendimento clínico com uma avaliação diagnóstica breve mais cuidadosa, buscando conhecer o funcionamento psíquico da criança, seu desenvolvimento, as características dos pais e das relações familiares. Nesta fase, o

objetivo é que os pais não apenas forneçam informações sobre a criança e sua história, mas sejam envolvidos no processo e revejam sua própria história.

A partir dessa avaliação, decide-se se o caso demonstra condições de se beneficiar de um atendimento breve. Não utilizamos propriamente critérios de indicação, mas critérios de exclusão, para os casos em que não se percebe possibilidades de benefício, ou nos quais se evidencia a existência de riscos iatrogênicos significativos. As conclusões diagnósticas têm o objetivo principal de alicerçar um planejamento terapêutico que leve em conta as características do caso (que inclui criança e pais), suas necessidades e possibilidades, além das possibilidades do terapeuta e do contexto de atendimento. A idéia não é ter um plano rígido de trabalho, mas estabelecer parâmetros compatíveis com a situação, em relação às áreas conflitivas com maiores necessidades e possibilidades de serem trabalhadas, aos tipos de intervenção mais adequados, a quem será atendido e com que freqüência, e à duração do processo, considerando-se se há limites reais que impõem uma duração pré-estabelecida ou se é possível trabalhar em função dos objetivos propostos, utilizando-se o tempo necessário para atingí-los.

Todos estes aspectos giram em torno da questão essencial, que é a relação e a aliança terapêutica, e sua possibilidade de ser transformadora.

A fase terapêutica propriamente dita inclui intervenções flexíveis e adaptadas às características do caso, tanto em abrangência quanto em nível de aprofundamento. Com os pais trabalha-se especialmente sua forma de vivenciar esse papel, suas expectativas em relação à criança e a ligação entre essas expectativas e aspectos de seu passado, buscando-se maior diferenciação e discriminação de identidades. Com a criança, dependendo do caso, trabalha-se conflitos específicos, a construção de uma relação positiva que possa servir como um novo modelo, a expressão de afetos e emoções, a auto-imagem, sempre respeitando suas possibilidades de comunicação e a importância da experiência vivida na relação terapêutica, e da brincadeira expressiva. Os focos do processo dos pais e do processo da criança são paralelos e complementares.

Consideramos nossa forma de trabalho como um modelo integrativo de intervenção, no sentido de que buscamos integrar diferentes conhecimentos para alicerçá-lo, em especial os advindos da psicanálise infantil, da teoria do desenvolvimento e dos estudos sobre a dinâmica familiar. Fundamenta-se na compreensão bio-psico-social do caso, que inclui os aspectos psicodinâmicos, a

dimensão do desenvolvimento, a adaptação ao meio, o referencial transgeracional e os padrões de relacionamento interpessoal. A partir dessa compreensão, o planejamento terapêutico é adaptado às características e possibilidades de cada situação, do terapeuta e das condições externas, inclusive no que diz respeito aos tipos de intervenção utilizados, no contínuo suportivo-expressivo. O importante, a nosso ver, é que, qualquer que seja o tipo de intervenção, ela se baseie numa compreensão dinâmica de sua motivação e numa avaliação da utilização que determinado paciente pode fazer dela. O trabalho com uma população ampla e heterogênea, os contextos institucionais e a experiência de supervisionar terapeutas em formação conduziu-nos naturalmente a uma postura mais flexível.

Damos especial atenção à fase de término do processo psicoterapêutico, que é vivida pelos pacientes de acordo com sua história de perdas e com as possibilidades que tiveram de elaborá-las. Consideramos que é importante trabalhar os sentimentos ambivalentes que surgem nessa fase, evitando que o encerramento seja vivido como um abandono, o que comprometeria os resultados alcançados. Sempre que possível, é desejável realizar entrevistas de *follow-up*, que permitem aos pais e à criança se reassegurar do interesse do terapeuta e da possibilidade de contar com uma ajuda disponível, se sentirem necessidade. Além disso, permite ao terapeuta intervir precocemente se surgirem novas dificuldades, além de possibilitar a avaliação do trabalho realizado e a manutenção dos resultados alcançados.

3ª PARTE:

MESA REDONDA

SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

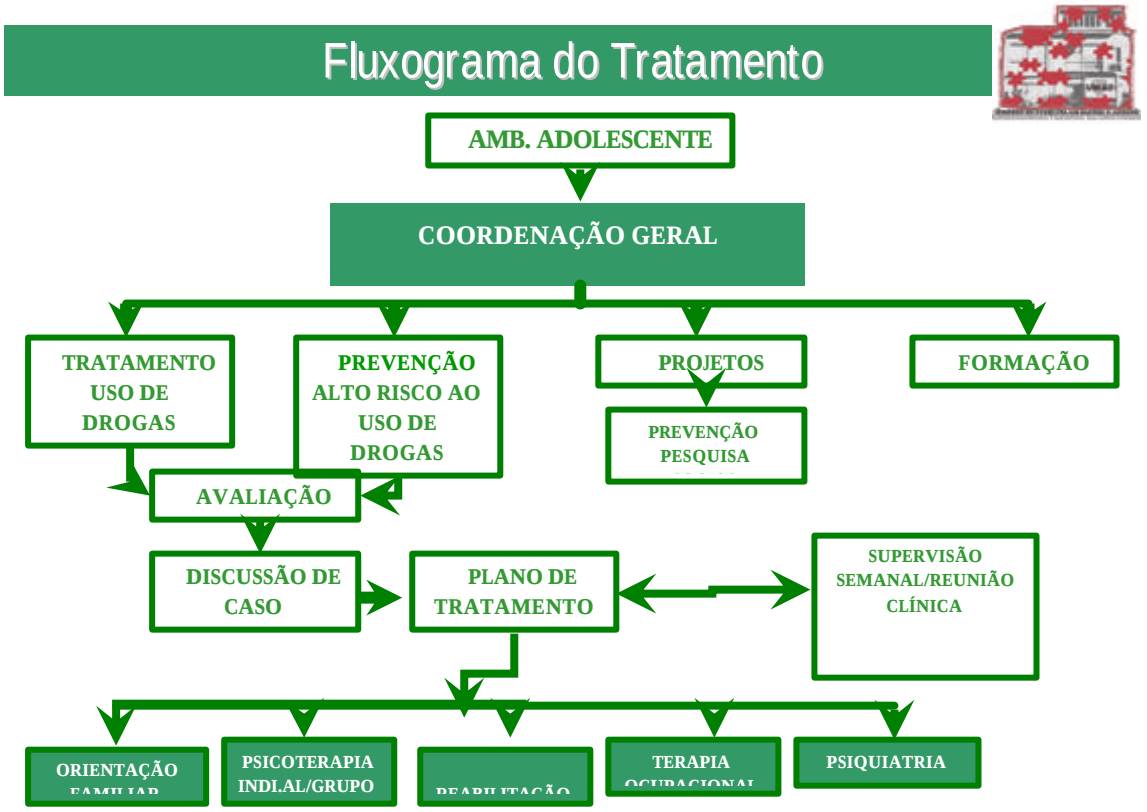
Ambulatório de Adolescentes

Profº Dr. Ronaldo Laranjeira
Supervisão geral

Maria de Fátima Rato Padin
Coordenação

ATENDIMENTO

O Ambulatório de Adolescentes é um setor de tratamento da UNIAD direcionado para jovens, entre 12 e 17 anos, usuários de álcool e outras drogas, com ou sem comorbidades psiquiátricas, e visa oferecer ações preventivas e de tratamento incluindo familiares ou responsável.



(11) 5575 1708
(11) 5571 0493

Acesse o Blog Dependência Química:
http://www.uniad.org.br/bloguniad

A ADOLESCÊNCIA NA MODERNIDADE LÍQUIDO-CONTEMPORÂNEA

Prof. Dr. José Raimundo da Silva Lippi[6]

A adolescência na Modernidade Líquido-contemporânea[7]

1. Introdução

Antes da idade moderna o tempo passava mais lentamente e as famílias se organizavam de modo a atender as demandas morais e éticas da sociedade. Como sempre, algumas eram mais bem sucedidas. Mas, inicialmente, essas regras, normas e rotinas eram forjadas dentro das famílias que cumpriam os seus papeis de células da sociedade. Das leis familiares muitas iam sendo assimiladas pela sociedade e as instituições iam estabelecendo as suas próprias leis. A Igreja Católica foi a primeira a se estabelecer com poderes sobre os homens e exerceu forte influência na conduta humana. O tempo lento permitia que a construção de um templo, um Museo, um parque ou uma praça pública, e até obras de arte levassem vários anos para serem concluídos. Às vezes uma ou duas gerações eram necessárias para sua conclusão definitiva. E o tempo ia sendo aproveitado pela comunidade visitando e usufruindo destes lugares comuns. Ainda existem nos paises mais antigos verdadeiros paraísos a serem visitados. Muitos foram destruídos por guerras e pela insensatez, sem limites, do ganho financeiro. Quantas obras destruídas. A transformação lenta da sociedade e das famílias gerava, ao longo do tempo, novos costumes, valores, rotinas e leis. A adolescência fluía de forma mais caseira e suas reações eram relativamente esperadas. As crianças e os adolescentes eram considerados adultos em miniatura. Após séculos, surge a ciência e, com ela, já se podia tentar compreender o crescimento

[6] Professor Sênior do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFMG
Professor Colaborador dos Departamentos de Psiquiatria e Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da USP.
Coordenador da Residência de Psiquiatria Infantil do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFMG.
Membro Titular da Academia Mineira de Medicina (AMM).
Presidente da Associação Brasileira de Prevenção e Tratamento das Ofensas Sexuais (ABTOS).

[7] Trabalho apresentado V Jornada apoiar – Saúde Mental nos Ciclos da Vida. Instituto de Psicologia da USP – 9 e 10 de novembro de 2007.

e o desenvolvimento destas faixas etárias por períodos relativamente bem estabelecidos. Era notória, como hoje ainda, a influência do meio neste fenômeno humano. Tentava-se compreender o que era denominada de “crises” da adolescência. E hoje? O bebê, a criança, o adolescente e a família desta sociedade atual sofrem as transformações que este novo mundo, de forma extraordinária, vem vivenciando. De que sociedade está se falando? Pretendo hoje buscar em Bauman, importante sociólogo contemporâneo, subsídios para compreender a sociedade moderna, na qual aspiro discutir a situação do adolescente contemporâneo.

2. Modernidade

Modernidade costuma ser entendida como um ideário ou visão de mundo que está relacionada ao projeto de mundo *moderno*, empreendido em diversos momentos ao longo da Idade Moderna e consolidado com a Revolução Industrial. Está normalmente relacionada com o desenvolvimento do Capitalismo.

O termo era desconhecido para Nietzsche. Uma vez que a pós-modernidade se forma em oposição à modernidade, não podemos pular o fato de que foi Nietzsche, em termos abrangentes, quem iniciou o movimento de fustigação dos ideais modernos. Com ele começa a era da paixão moderna. Os seus defensores ou os seus detratores, via de regra, se posicionavam frente a aceitação ou a recusa da modernidade. Porem, Nietzsche já não estava presente quando efetivamente começam as mais profundas transformações de época, da cultura aos artefatos tecnológicos, da política a guerra e ao terrorismo, da arte clássica a anti-arte ou a arte pela arte, do local ao global, da objetividade ao ficcional e ao virtual, do bioquímico ao tecido genético. Um outro aspecto diz respeito ao seu esgotamento. Para Z. Bauman (1999 e 2004), o que mudou foi a modernidade sólida que cessa de existir e em seu lugar surge a modernidade liquida. A primeira seria justamente a que tem inicio com as transformações clássicas e o advento de um conjunto estável de valores e modos de vida cultural e político. Na modernidade líquida, tudo é volátil, as relações humanas não são mais tangíveis e a vida em conjunto, familiar, de casais, de grupos de amigos, de afinidades políticas e assim por diante, perde consistência e estabilidade.

Mas foi Gilberto Freyre (sociólogo e antropólogo) famoso autor do livro Casa-Grande & Senzala quem denunciou as dívidas da modernidade para com a tradição. Para ele não há, a rigor, modernidade que não seja alimentada e oxigenada pela tradição. Sem tradição, sem a raiz e o regional, a modernidade não é nada.

3. Modernidade Líquida

Em seu elucidador livro modernidade líquida[8], Bauman examina como se deu a passagem da modernidade "pesada" e "sólida" para uma modernidade "leve" e "líquida", infinitamente mais dinâmica. Explicita os termos dessa nova modernidade, permitindo-nos entender como o mundo atual funciona, para que possamos nele operar. Como é esta Sociedade?

3.1 - Resenha do pensamento de Zygmunt Bauman

Nas décadas de 60 e 70, o capitalismo estava sendo contestado de todos os lados. Além das greves freqüentes, estudantes e minorias se rebelavam e articulavam, no discurso e na prática, a miséria do cotidiano – preconceitos, sexualidade restrita, vida tediosa e programada – às exigências de uma ordem capitalista. E diante da crua realidade do “socialismo”, o direito de ser diferente dos outros e de si mesmo tornou-se modo de permanecer revolucionário apesar das notícias amargas sobre os resultados das revoluções. A partir da década de 80, porém, o capitalismo ressurge triunfante, sem adversários, sejam estes reais ou postulados. A concentração de renda aumenta, o desemprego torna-se endêmico e a fome se espalha pelo mundo; mesmo assim, a crítica se cala. Pior, o direito à diferença torna-se receita de livro de auto-ajuda. No final do século XX e início do XXI, sociólogos de diversos matizes são obrigados então a se colocar três questões: que nova sociedade é esta? Que tipo de discurso crítico é preciso construir? Que responsabilidade o discurso do direito à diferença pôde ter no esvaziamento recente da crítica ao capitalismo? Essas questões formam o horizonte do novo livro de Zigmunt Bauman, Modernidade Líquida. A singularidade de Modernidade Líquida é que, nele, Bauman não se limita a coletar signos e conceituar a distância entre o presente e nosso passado recente; preocupa-se também com a atualidade dos discursos críticos próprios da época moderna, discursos que de início questionaram a

[8] BAUMAN, Z. (2001). Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Zahar. 260p.

ordem social tendo em vista a possibilidade e a necessidade de uma nova e boa ordem a ser construída no futuro, mas que, depois, passaram a se inquietar com as ameaças implícitas à liberdade individual na imposição por alguns de sua visão do bem. O livro, como sugere seu título, parte da mensuração da proximidade e distância entre o presente e o passado recente. A proximidade é a constatação de que continuamos modernos, simplesmente porque a Modernidade significa o fim da crença em uma ordem revelada e mantida por Deus e a assunção de que "os humanos encontram-se no mundo por conta própria". Deste modo, o que o homem fez pode ser desfeito: a Modernidade é a época da história que pensa a si mesma historicamente. Esta forma de aproximação obriga a construir a diferença. Nosso passado recente torna-se a fase sólida da Modernidade. Nosso presente, a Modernidade Líquida, é uma versão privatizada e individualizada da Modernidade. Só acreditamos ser capazes de transformar a nós mesmos para nos preparar para as inumeráveis transformações sociais que experimentamos cotidianamente. Os sólidos que se derreteram na fase líquida da Modernidade são os elos que entrelaçavam os projetos individuais em projetos e ações coletivas. Cada um por si procura ser flexível para se capacitar para as incertezas do futuro; ao mesmo tempo, ninguém se crê capaz de transformar a sociedade como um todo. Conceituando precisamente, a Modernidade Líquida tem uma estrutura sistêmica remota, inalcançável e inquestionável, ao mesmo tempo em que o cenário do cotidiano – relações familiares e amorosas, emprego e cidade - é fluido e não-estruturado. Se a Modernidade líquida é caracterizada por esse abismo entre o direito à auto-afirmação individual e a capacidade de controlar as situações sociais que podem tornar essa liberdade factível, se ela é marcada pela privatização do destino e pela crise da política, é necessário mudar a tarefa da teoria crítica. Se antes o decisivo era defender a autonomia privada contra o avanço do Estado, a tarefa hoje é defender o evanescente domínio público de sua invasão por interesses e sofrimentos privados. Como restituir lugares públicos na cidade, ao invés de ela ser marcada pela proliferação dos condomínios fechados e shoppings centers? Como evitar que nossos jornais e TVs sejam ocupados por fofocas sobre personalidades públicas e pela exibição de sofrimentos individuais sem qualquer possibilidade de articulação em causas públicas? Bauman apresenta esses temas através da análise de cinco conceitos decisivos: emancipação, individualidade, espaço/tempo, trabalho e comunidade. Em todos eles, reaparecem diversos traços em que nos reconhecemos: a incerteza da vida cotidiana, a insegurança na cidade, a precariedade dos laços afetivos

e do trabalho, o privilégio do consumo em detrimento da produção, a troca do durável pela amplitude do leque de escolhas, o excesso de informações, etc. Ele questiona uma alternativa ética e política do presente, o sonho comunitário. Para Bauman, a popularidade desse sonho é gerada pelo crescente desequilíbrio entre a liberdade de direito e as garantias individuais. A comunidade é a promessa de "um porto seguro para os navegantes perdidos no mar turbulento da mudança constante, confusa e imprevisível". O problema é que este é um sonho de pureza, que opera segundo a distinção entre nós e eles, excluindo tudo o que se considera estranho, como ocorre nos condomínios fechados e nos nacionalismos.

3.2 – Conceitos básicos de Bauman.

Vou me louvar no trabalho de L. Francisco (2007)[1] para tentar aclarar alguns pontos do pensamento deste grande sociólogo Polonês.
Ele inicia seu estudo discutindo a idéia de liquidez e fluidez. Por se tratar de um conceito voltado à mudança de formas para acomodação nos mais diversos encaixes, é inevitável a analogia à nossa atual e imediatista sociedade, pois:

> "*assim, para eles* [nossos conviventes]*, o que conta é o tempo, mais do que o espaço que lhes toca ocupar; espaço que, afinal, preenchem apenas* 'por um momento*'* [grifo do autor]" (BAUMAN, 2001:8).

Desta forma, Bauman afirma que sólido é aquilo que para outros pensadores, como Weber e Marx, soa como algo retrógrado, ultrapassado, rígido, duradouro e previsível em suas formas e possibilidades, em muitos de seus aspectos (econômico, social, político etc.).

A voraz diminuição dos espaços em locomoção física ou sensorial é um dos mais claros exemplos do derretimento – termo utilizado para descrever as perdas de valores - desses padrões que eram vigentes. Atualmente, computadores e telefonia, ambos móveis e portáteis, levam consigo a ordem e agenda de qualquer lugar, em ações que

[1] FRANCISCO, L. V. (2007): **-** A modernidade da fusão social pela solidificação individual: *Modernidade Líquida: Zygmunt Bauman. Klepsidra: Revista Virtual de História.*

podem criar reações transformadoras (caóticas) de qualquer para diversas posições do globo. Essa mutabilidade de relações também promove o desprendimento, no sentido afetivo e de posse eterna dos bens lucrativos, bastando dizer que hoje devem sim ser de favorável retorno financeiro, mas já tendo noção que são altamente perecíveis e, decorrente a isto, devem ser rapidamente rotacionados.

Nessa aparente e sedutora emancipação, Bauman questiona a liberdade como real objetivo almejado, cravando o leitor com uma revelação formulada como indagação:

> "A libertação é uma bênção ou uma maldição? Uma maldição disfarçada de bênção, ou uma bênção temida como maldição?"
> "A verdade que torna os homens livres é, na maioria dos casos, a verdade que os homens preferem não ouvir" (BAUMAN, 2001:26).

E o individualismo é papel preponderante aqui, pois se trata da empregabilidade de funções mutáveis, fluídas no sentido de liberdade de roupagens, diferente do conceito libertário do início do século passado. Esses indivíduos, controversamente, não têm controle sobre seus destinos e decisões e, o que é pior, nem podem culpar um terceiro pelo seu grilhão imaginativo, pois a pseudo-liberdade é uma ilusão criada como possibilidade de fuga, da incapacidade deste, que não ousa extrapolar os paradigmas. Assim, até o espaço público têm-se tornado lugar de problemas privados, socialmente trata-se de uma involução ímpar pelo fato de que:

> "O indivíduo de jure [falso] não pode se tornar indivíduo de fato sem antes tornar-se cidadão. Não há indivíduos autônomos sem uma sociedade autônoma, e a autonomia da sociedade requer uma auto-constituição deliberada e perpétua, algo que só pode ser uma realização compartilhada de seus membros" (BAUMAN, 2001:50).

E aí protagoniza o mais evidente e nocivo comportamento desta sociedade: o consumo. Propagou-se um comportamento geral de comprar, não apenas produtos e serviços, mas o ato de aquisição fica também evidenciado na busca e anexação de personas do indivíduo e as pessoas que com este se relacionam, seja o empregado, empregador ou

até mesmo o par amoroso. Logo, esta sociedade é vista e se porta como consumidora, e não mais produtora, não existindo um limite para a busca da faustosidade momentânea, desde que fuja (sendo inexoravelmente capturada) da regra da padronização visual e comportamental, para que os itens que simbolizam a ostentação agora em pouco, pouquíssimo tempo, se tornem itens de necessidade as próprias pessoas que, cada vez mais, deixam de adquirir bens para se entregar, viver para eles.

As relações inter-pessoais, segundo Bauman, suspiram um saudosismo descaracterizado do pré-conceito do termo, ele não se dá pelas inter-relações, mas por uma busca da eficácia de mútua vigilância, de saber quem é você no limitado universo de sua vizinhança, ressalta-se, homogênea. Criando-se uma situação dúbia, pois ao mesmo tempo em que se investe em proteção, adicionando formas de expurgar esses novos vilões, há o enclaustramento, cada vez mais reducionista, de seus investidores em uma realidade-cela.

Acabam-se os contatos? Você deve estar se perguntando, Bauman afirma que estas relações foram removidas das situações de casualidade e desnutridas de qualquer interação afetiva, já que nunca foi tão fácil se relacionar com outrem sem ter o mínimo de contato com estes, com discursos preestabelecidos (de aquisição e não de interação) e em lugares já determinados, na verdade, denominados pelo autor de “não-lugares”. Os “não-lugares” são, normalmente, espaços que se presta a exercitar a sua indiferença com o ambiente que o cerca. A não sociabilidade e civilidade desses espaços não permitem estada por estendido limite de tempo e nem sensação de se estar ali. Transportes públicos, quartos de hotel, *fast-foods,* etc. se apresentam como lugares domiciliares, mas sem as liberdades do lar. Assim como lugares que não interessam, que não valem menção de memória, como a miserabilidade de favelas ou a morbidez de cemitérios, estes espaços não recebem atenção destas pessoas, mesmo que elas, algumas diariamente, façam tal trajeto, até porque:

> “O vazio do lugar está no olho de quem vê e nas pernas ou rodas de quem anda. Vazios são os lugares em que não se entra e onde se sentiria

> perdido e vulnerável, surpreendido e um tanto atemorizado pela presença de humanos" (BAUMAN, 2001:122).

As regras são claras: conversa-se, negocia-se, cumprimenta-se cordialmente, mas sempre evitando maior contato, como dogmatiza essa modernidade leve e solta que assim desfigura a, então, relação congruente da idéia de espaço-tempo de outrora, como no tempo em que a velocidade dependia do esforço humano ou animal, hoje as extensões fisiológicas, que abocanham espaços cada vez maiores em cada vez menos tempo, estendem distâncias, encurtam o tempo, expandem a expectativa de vida, mas tornam todo ato desse tempo de locomoção e vivência numa ação instantânea, imediatista, onde a exaustão e desaparecimento do interesse também vem neste bojo a reboque.

E nessa linha de raciocínio, meio que trágica Zygmunt Bauman conclui sua obra dando a essa sociedade simbiótica um tom circense, posta ao público e cheia de vaidades, onde esses "atores sem papel" precisam de circunstâncias momentâneas de encenação para que não corram o risco de uma possível união afetiva. Não criam nada mais que a excitação do desempenho ou que se prolongue mais do que a finitude do cheiro das coisas novas, dos produtos consumidos, relacionando-se de forma incipiente com suas aquisições de plástico, metal, *high-tech* ou mesmo as de carne, osso e sangue que trazem uma alma como acessório de fábrica para serem (apenas) degustados em situações carnavalescas, na festa presenteista da carnalidade:

> "'Comunidades de carnaval' parece ser outro nome adequado para as comunidades em discussão. Tais comunidades, afinal, dão um alívio temporário às agonias de solitárias lutas cotidianas, à cansativa condição de indivíduos de jure persuadidos ou forçados a puxar a si mesmos pelos próprios cabelos. Comunidades explosivas são eventos que quebram a monotonia da solidão, cotidiana, e como todos os eventos de carnaval liberam a pressão e permitem que os foliões suportem melhor a rotina que devem retornar no momento em que a brincadeira terminar. E, como a filosofia, nas melancólicas meditações de Wittgenstein, 'deixam tudo como

estava' (sem contar os feridos e as cicatrizes morais dos que escaparam ao destino de 'baixas marginais')" (BAUMAN, 2001:229).

4. Vida Líquida

A "vida Líquida" é outro livro brilhante deste autor[10]. Na introdução deste livro ele comenta "sobre a vida num mundo líquido moderno": "A vida Líquida" e a "modernidade Líquida" estão intimamente ligadas. A "vida Líquida" é uma forma de vida que tende a ser levada à frente numa sociedade líquido moderna. "Líquído-moderna" é uma sociedade em que as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário para a consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir. A liquidez da vida e a da sociedade se alimentam e se revigoram mutuamente. A vida liquida, assim como a sociedade liquido – moderna, não pode manter a forma ou permanecer em seu curso por muito tempo (Bauman, 2007:7).

Numa sociedade líquido-moderna, as realizações individuais não podem solidificar-se em posses permanentes porque, em um piscar de olhos, os ativos se transformam em passivos, e as capacidades, em incapacidades. A vida líquida é uma vida precária, vivida em condições de incerteza constante. A vida liquida é uma sucessão de reinícios, e precisamente por isso é que os finais rápidos e indolores, sem os quais reiniciar seria inimaginável, tendem a ser os momentos mais desafiadores e as dores de cabeça mais inquietantes (Bauman, 2007:8).

5. Adolescência Líquida

E o adolescente contemporâneo? Poderíamos chamá-lo, também, de líquido-moderno, vivendo uma vida líquida? Com certeza, e é dele que irei me ocupar à proporção que for descrevendo as idéias de Bauman. Mas, é importante entender um pouco de como se constitui a adolescência.

Relembremos alguns conceitos importantes:

[10] BAUMAN, Z. (2007). Vida Líquida. Rio de Janeiro: Zahar. 210p.

a) – Adolescência

Poderíamos definir a *Adolescência* como o período de transição, da infância à adultície, caracterizado por mudanças no crescimento e desenvolvimento físico, emocional e social e por esforços em alcançar os objetivos de integração, relacionados às expectativas da cultura e da sociedade [11]. Este conceito com mais de 20 anos da WHO será sempre assim qual a sociedade. Mas, com toda esta pressa da sociedade dita moderna ele a criança alcançará mais o status de adolescente?

b) – Puberdade

A *puberdade* é um fenômeno biológico, que se refere às mudanças fisiológicas, morfológicas resultantes da reativação dos mecanismos neuro-hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, e com ligeiras diferenciações de tempo, característica comum do reino animal.

As modificações neuro-hormonais estão sendo mais precoces? É evidente que os púberes de hoje são muito menos crianças do que aqueles de gerações anteriores. São mais livres à descobertas e menos pressionados por regras rígidas familiares e religiosas.

c) – Crescimento

O *crescimento* pode ser definido como o aumento do tamanho, devido à multiplicação e aumento do tamanho individual das células. Na década de 30 nossos jovens eram de menor peso e estatura. A qualidade alimentar e prática esportiva foram aumentando o peso e medidas dos púberes e adolescentes.

d) Desenvolvimento

[11]WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986). “Yuong Peopple’s Health – A Challenge for Society”, Tecnical Reports Series No. 731, WHO, GENEVE.

O *desenvolvimento* como a diferenciação e complexidade crescente das estruturas e funções, através de um processo de maturação[12] Estas quatro definições didáticas, na prática, são colocadas e muitas vezes entendidas como sinônimos. Consta-se que os adolescentes de hoje estão mais bem informados, com mais oportunidades de acesso aos meios culturais e por isso alcançando a maturidade mais rapidamente. Essa possibilidade é reservada para os mais aptos.

e) – Crises

As "crises", termo citado para a vivência destes seres em desenvolvimento, pode ser assim compreendida: "Mudança de um estado de equilíbrio". São perdas e ganhos necessários para o amadurecimento individual e coletivo. Portanto, a sociedade, a família e os indivíduos em seu entorno passam por crises. Hoje, focaremos nossa atenção nos adolescentes e na sociedade líquido-moderna. Como este fenômeno humano se realizaria neste mundo contemporâneo?

A adolescência começa com a puberdade. As mudanças da puberdade ocorrem paralelamente com as mudanças da personalidade. Usualmente dividimos a adolescência em 02 fases:

A primeira se inicia pelo aumento das energias oriundas da invasão hormonal e conseqüente revigoramento das forças instintivas. De repente vigorosos impulsos eróticos e agressivos começam a se manifestar. Vêm do interior e a expressão deles mostra uma nova face daquela criança dócil que vinha se desenvolvendo. Um cliente me revela como ficou perturbado com este novo momento. As roupas íntimas das mulheres da casa (mãe, irmã e empregada) que eram vistas naturalmente começam a produzir sentimentos fantasiosos e emoções sexuais que geram prazer, mas também sentimentos de culpa, vergonha e confusão na cabeça (sic). Ele fica perturbado e não se atreve a falar com ninguém. Ele se vê movido a espiar as mulheres trocando de roupa. Em outros momentos estende o braço distraidamente para tocar o corpo delas. Em outros momentos passa a viver enorme sentimento de culpa e auto-condenação. Sua personalidade em formação, nesta etapa em confronto com figuras modelo de autoridade, dificulta o esclarecimento e a solução dos conflitos. Na tentativa de

[12] FALKNER, F.; TANNER, J.M. (1986). "Human Growth" 2nd ed. Plenum Press, New York, London.

restabelecer o equilíbrio, tenta brigar com a irmã, ir à igreja confessar-se, ou ir para a masturbação, que aumenta o sentimento de culpa e muitas vezes se silencia a espera de ajuda.

Essa segunda fase se inicia em torno dos 16 anos, quando o ego começa a fortalecer-se e os impulsos instintivos (ID) passam a ser melhor controlados. São vários os fatores que intervêm neste processo:

a) – Regularização e estabilização dos processos hormonais e biológicos fundamentais;
b) - Com o domínio dos novos impulsos pelo Ego, diminuem o medo e o pânico que acompanham o início da puberdade;
c) - Emprego maior da lógica em substituição às explosões de raiva;
d) - Mudança importante no interesse amoroso;
e) - Renúncia à intimidade com os pais;
f) - Direção das necessidades de dependência e das emoções sexuais para o (a) namorado (a);
g) - Diminuição do conflito intra-psíquico (pensamento incestuoso) com essa nova direção;
h) - A mudança de direção adequada constitui passo fundamental na escolha do parceiro matrimonial correto;
i) - Aumento do pensamento abstrato paralelo à maturação biológica;
j) - Questionamento dos valores adultos: Validade de Deus e da religião e vantagens do celibato e amor livre;
k) - Manejo dos impulsos sexuais com fantasias sofisticadas e pensamentos elaborados, com diminuição daqueles impulsivos ou excessiva inibição;
l) - Interesse pela para-normalidade: videntes, tarô, cartas, horóscopo, magia;
m) - Ocupação com questões filosóficas: o significado da vida e da morte; da religião; das questões políticas e sociais;
n) - Maior sensibilidade à razão e discussão;
o) - Maior interesse pela terapia: os impulsos sexuais e agressivos já podem ser compartilhados com o seu terapeuta;
p) - Busca de auto-compreensão, através de auto-observação e auto-avaliação: reflexão ponderada e planificada experimentação;

q) - Continuam, embora em menor intensidade os episódios contrastantes de conduta turbulenta e calmaria (luta entre as forças do ID) – intrusivas e do EGO (controle).

Estes dados nos permitem discutir agora a adolescência num mundo e, consequentemente, numa família em constante transformação.

"O adolescente Líquido" parafraseando Bauman seria aquele cumpridor das exigências desta nova sociedade. Sua realização não esta em alcançar o devido lugar na sua esfera de responsabilidades. Ele não pode se tornar sólido no seu fazer. A vida está tão rápida que ele não pode se dedicar a conquistar o sólido. Pode perder rapidamente o líquido ao redor. Portanto, as tarefas não são concluídas e outras são iniciadas neste tempo de pressa. Eles precisam de finais rápidos e desafiadores.

A construção das identidades na adolescência, por exemplo, é um processo complexo que envolve, principalmente, três instituições sociais: a Família, a Escola e a Indústria Cultural. Em sua definição sobre "modernidade líquida", em que a solidez do capitalismo moderno foi substituída pela fluidez de um capitalismo sem amarras, Bauman (2001) afirma que as instituições sociais tradicionais tiveram seus muros derrubados. A sociedade apresenta ao indivíduo oportunidades e referências incessantes, onde as "autoridades tendem a cancelar-se mutuamente":

> "O que prevalece é a escolha individual, que toma como "exemplos", entre outros, as experiências de "celebridades", transformadas em referências sociais e em uma espécie de "especialistas" que ajudam o indivíduo a tomar suas decisões nos mais diversos setores de sua vida. As referências familiares tiveram sua importância deslocada". (Bauman, 2001:76).

Sodré[13] analisa a transição dos referenciais na adolescência num momento em que os padrões familiares são ultrapassados pelos da informação, seja ela na forma de música, de moda, de comportamento, de linguagem, etc. Os anos 90 inauguraram esta

[13] SODRÉ, M. (1992). *O Social Irradiado: Violência Urbana, Neogrotesco e Mídia*.. São Paulo: Cortez Editora, 127 p.

autoridade da informação, onde os maiores canais são as mídias eletrônicas, principalmente televisão e computador, através da Internet. Na opinião de (Sodré,1992:72):

> "Pouco a pouco, tem perdido força o exercício da função educativa dentro do grupo familial". Segundo o autor, o maior acesso a essas informações forja uma participação social, no lugar da ação real implicada na "ética familial", inculcando valores que interessam à "ética do consumo". Desta forma, há uma dessacralização da família, o que geraria "qualidades mais rápidas", de satisfação e prazer, substituindo as "qualidades lentas, comprometidas com a socialização tradicional".

Algumas das dimensões que caracterizam a infância e a adolescência na sociedade atual, como o prolongamento da adolescência, principalmente nas camadas médias da população, o nível de acesso ao consumo permitido às crianças e aos adolescentes, a informação não controlada, o nível de simetria das relações entre crianças, adolescentes e adultos e na relação pais e filhos, a insegurança dos pais quanto à imposição de limites, podem ser, parece-nos, parâmetros promissores para pautar essa discussão e as definições que devemos construir.

Tudo isso, enfim, determina modos de reconhecimento da infância e da adolescência que são próprios da nossa época. É necessário, assim, reexaminar o processo de transição da infância e da adolescência para a idade adulta na sociedade contemporânea, o que nos leva a fazer uma leitura das etapas da vida conforme os contornos pelos quais se apresentam hoje para tentarmos apreendê-las em toda a sua complexidade atual.

5.1 – As relações na adolescência

Ao alcançarem certa idade os adolescentes, dependendo do país, tomam rumos exigidos pela vida líquida. Muitos terão cedo que assumir seu papel diante da sociedade, que irá exigir dele seus hábitos culturais. Em alguns paises capitalistas eles devem deixar a casa paterna – se ainda têm – e buscar o seu rumo. São os filhos "descartáveis" que terão que se virar para encontrar o seu caminho. Em outros, podem

permanecer e alguns cumprindo a atual “adolescência prolongada”, por não terem, na vida líquida, alcançado sua maturidade e maioridade pessoal. Não são autônomos.

5.1.1 – O Adolescente e a mídia

A mídia ocupa lugar de destaque na vida dos adolescentes brasileiros. Desde a infância, enquanto a maioria dos pais passa o dia fora de casa, trabalhando, os filhos desenvolvem-se, praticamente, sozinhos, em companhia dos mais variados tipos de publicações, da televisão, da informática e da eletrônica. Dentre todos os meios de comunicação a que as crianças e os jovens têm acesso na contemporaneidade, o de maior destaque é a televisão. Com toda a relevância que este veículo adquiriu nas últimas décadas, a televisão hoje é capaz de apresentar programas que se aproximam cada vez mais da "realidade", utilizando recursos de cenários e ambientes externos que propiciam, principalmente aos adolescentes, o sentimento de vivenciar o que é sugerido.

De acordo com Gitlin passar o tempo em companhia da mídia é o que as pessoas mais fazem hoje em dia. Para ele, se um ambiente repleto de mídia é tido como natural, certamente assim o é porque as pessoas já nasceram nesse ambiente e não podem mais perceber como é extraordinário. Ele afirma que:

> "nunca tantos comunicaram tanto, em tantas telas, através de tantos canais, absorvendo tantas horas de insubstituível atenção humana a respeito da comunicação”. (Gitlin, 2001:12)[14]

Vive-se uma época em que a incitação ao consumo de produtos e ideais (tais como comportamentos, formas de se vestir, formas de agir, a quem "copiar") estão presentes na maioria dos programas de televisão. Os programas dirigidos aos jovens não são exceção. Os mesmos temas, tidos como "pertencentes ao universo adolescente", se repetem na maior parte das produções a eles dirigidas, sejam elas somente entretenimento ou de caráter pedagógico. A influência que a mídia – especialmente a

[14] GITLIN, T. (2001). Mídias Sem Limites. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira.

televisão – exerce sobre as pessoas de maneira geral é fato; é necessário, no entanto, identificar como os adolescentes, que vivem o período mais delicado de seu desenvolvimento, estão lidando como os valores em circulação e de que forma os estão assimilando e "aplicando" em suas vidas.

5.1.2 – O Adolescente e a autonomia

A aprendizagem da autonomia é lenta, longa e nem sempre completa. No mundo moderno, de evidentes conflitos, a passagem da conduta: regulada pelas restrições externas para a conduta regulada pelo autocontrole interior, é progressivamente difícil. O jovem deve aprender a tomar decisões e fazer julgamentos. Para isso necessita basear-se em princípios livremente aceitos e valores morais, que têm mudado rapidamente. A sociedade atual diverge e não aceita muitos valores e princípios antigos. Algumas posições atuais são até contrastantes. O mundo do adolescente é, portanto, o resultado de conflitos das gerações. O adolescente, por isso, teme e evita tudo o que afaste dos usos adotados pelo seu grupo, a ponto de seguí-lo, ainda que intimamente condene sua ação.

Carneiro Leão[15] propõe, para se compreender em nivel filosófico o problema do tóxico na juventude de hoje, as seguintes perguntas e respostas:

1) - O que determina o comportamento do jovem? Isto é, o que é jovialidade?

2) - Que espaço de liberação concede nossa época ao comportamento jovem?

3 - Como a juventude procura realizar a jovialidade no mundo de hoje?

1) – A estrutura do comportamento é constituída de projetos que estão por vir. Isto é jovialidade. O comportamento jovem não é uma

[15] LEÃO, E. C. (1972). Juventude e Tóxico: Reflexões de Compreensão Filosófica. Rio de Janeiro: Revista de Cultura Vozes. Vol. LXVI

condição etária. É uma condição humana. A jovialidade transcende as realizações presentes, potenciando as estruturas de um futuro libertador a partir de um passado vigente. Somos jovens quando somos mais livremente o que fomos, por estarmos abertos ao que seremos.

2) - Nossa época vive a avalanche de um sistema de controle, montado na equação: saber = controlar = poder. Uma voracidade insaciável submete ao serviço do sistema as possibilidades humanas. Todas as dimensões do homem, materiais, naturais, culturais, são reconhecidas, promovidas e protegidas, mas, ao mesmo tempo, perdem sua liberdade. 0 poder crescente do consumo, da automação e massificação impõe um quociente progressivo de desumanidade.

3) - Não encontrando espaço de expansão para suas possibilidades de futuro, a juventude contesta e contra define o sistema de controle em todos os níveis da linguagem: no verbal e imaginativo, no gestual e perceptivo, no situacional e coletivo.

Pois é aqui na dinâmica desta contra definição, que se inserem os comportamentos dos jovens.

Vejamos alguns exemplos:

Recentemente um garoto, no sul de Minas, pegou o carro do pai – em processo de adoção – e a 180 km por hora se dirigia a São Paulo, cidade que dizia querer conhecer. Os policiais relataram que mal viam o motorista ao volante, que chegou a furar duas barreiras: claro treinamento para o exercício da bandidagem, tão bem ensinado pela sociedade Líquído-moderna. É a rapidez dos tempos do consumo, da liquidez, chegando à infância capturada pelos adultos insensatos. Muitos destes exemplos são vistos.

Onde estão os pais? Muitos estão autorizando festinhas para seus filhos de 10 anos permitindo o uso de bebidas e danças inapropriadas para a idade. Os “baixinhos”

segundo expressão de uma cultuadora destas práticas, levam suas próprias bebidas. A vodka é bem conhecida destas pobres crianças. O lixo da televisão entra nas telinhas das casas ensinando rebolados e danças eróticas, como a dança da garrafinha. Estes programas são veiculados e patrocinados por empresas envolvidas com produtos diversos, inclusive aqueles para a infância. E, são apresentados por pseudo-educadores, que logo lançam suas marcas induzindo as crianças a procederem com adultos em miniatura: Roupas, sapatos, chinelos, mochilas e outros objetos de consumo são oferecidos. E, a maioria dos pais, compra. Aqui em São Paulo, num shopping, existe um salão só para meninas. E lá são maquiadas e jogadas nesta vida líquida, a partir de 03 anos de idade. Que Belo exemplo para a precoce puberdade e a aceleração de uma adolescência consumista! Fisionomias afetadas pela moda de cabelos e roupas (hoje o chique e mostrar a cueca para fora da calça para os homens, quando não a própria "bunda"). É moda mocinhas e rapazes deitados no carro colocarem as "bundas" na janela gritando o que chamam de "bunda lelê". Bebidas e direção de carro são estimuladas, fazendo parte da conquista do poder.

A um adolescente com 17 anos, perguntei: Como foi aquela festa que você esperou tanto? Igual às outras: bebi muito, beijei 17 meninas e saímos cantando pela rua, no carro do meu colega doidão. Que risco ele passou! Muitos não voltam destas festas!

Este garoto nos mostra como a relação entre eles é fugaz, transformando-os em peças descartáveis. Usou, joga no lixo. Quais se transformarão em buchas permanentes? E hoje não mais se concerta peças e sim as descarta. Não existe relação humana, afetiva, e sim relação material: bebida, corpo, quarto e outras peças líquidas. Sem comparar o objeto carro com seres humanos, vejamos o exemplo de Bauman:

"Os mecânicos de automóveis de hoje não são treinados para consertar motores quebrados ou danificados, mas apenas para retirar e jogar fora as peças usadas ou defeituosas e substituí-las por outras novas e seladas, diretamente da prateleira". Eles não têm a menor idéia da estrutura interna das 'peças sobressalentes' (uma expressão que diz tudo), do modo misterioso como funcionam; não consideram esse entendimento e habilidade que o acompanha como sua responsabilidade ou como parte de seu campo de competência. Como na oficina mecânica, assim também na vida em geral: cada 'peça' é 'sobressalente' e substituível, e assim deve ser. Por que gastar tempo

com consertos que consomem trabalho, se não é preciso mais que alguns momentos para jogar fora a peça danificada e colocar outra em seu lugar? (BAUMAN, 2001, p. 186)

Para a transformação dos "humanos" em peças descartáveis é necessário compreender a vida destes seres em desenvolvimento na "Vida Líquida":

De festinhas de crianças a indústria líquida do lazer produz as festas Raves, que duram horas e dias. Este tipo de festa, cada vez mais freqüente, é preparada sabidamente para o livre consumo de álcool e drogas. Onde estão os pais e as autoridades? Só se prenunciam quando uma catástrofe ocorre. Em recente festa num destes castelos de "areia" no interior do Rio de Janeiro aconteceram algumas mortes por uso imoderado de drogas. E veja o absurdo: os seguranças estão sendo acusados de venderem drogas para os jovens.

Assim, na Universidade ele cursa os períodos sem terminar nenhum. Cada matéria são peças descartáveis. Ele vai acumulando matérias: no 2º período, deve matérias do 1º. No terceiro deve dos dois primeiros e vai assim até terminar. Perguntei a uma jovem estudante, que estava terminando o curso dito superior: Qual o período você está? E ela responde: em todos uai! Como se isso fosse o óbvio. E que eu não sabia! É incrível como a sociedade líquida cria Universidades e Faculdades sem a mínima estrutura e "formam" "pessoa"! Os professores brincam de ensinar, os alunos brincam de aprender, e a faculdade oficializa esta brincadeira oferecendo um diploma que tem tido pouca utilidade para a vida prática. O que envolve este processo primordialmente é o dinheiro. Muitos pais, com enormes sacrifícios pagam quantias exorbitantes para a "formação" dos filhos. Muitos saem da "faculdade" sem nada saber e muitos sem freqüentar. Os empresários do "saber" engordam suas contas bancárias! Muitos alunos, que vieram do interior, mal freqüentam a escola e vão aprender a "vida líquida" nos barzinhos e nos achéz da desta vida. O alcoolismo na puberdade e adolescência já constitui problema de saúde pública. Ao invés de aulas, cursa-se nas mesinhas dos bares o aprendizado da vida, "viajando" sob efeito do álcool ou de uma "beata" de maconha, quando não uma carreirinha de cocaína, para mundos menos duros. E se tornou mais importante o lazer do que o dever. Dos bares da vida, das boites, saem, sem se conhecerem, para os motéis. É o prazer vendido a qualquer preço para os jovens. A gravidez na adolescência já é, também, problema de saúde pública.

Onde estão os pais? E as autoridades constituídas? A maioria despreparada estimula estas práticas. Não se conquista uma menina ou menino, usa-o de acordo com o seu interesse e para atender a pressa da vida líquida. Os professores de hoje não têm aquela autoridade de antigamente. Eles são empregados dos alunos! E quando algum se atreve a chamar a atenção de um "bagunceiro" recebe, como troco, palavrões e desaforos. E como não podem perder o emprego e a "empresa" não pode perder aquele "aluno objeto", este fato se repete. O dinheiro do capitalismo selvagem é o que manda. A vida continua. E, por isso, a maioria dos professores se comporta como "colegas" deles, muitos usando indumentárias semelhantes. Não se conquista o saber, a cultura, estudando a matéria. Não se aprende o conteúdo. Passa-se naquelas matérias mais fáceis. Muitas, na maioria das vezes, empurradas pelo professor com tapinhas nas costas. Alguns despreparados eticamente freqüentam, com eles, os motéis da vida líquida, e se joga para frente os compromissos. Livros, meninas/meninos, alunos/professores, são peças descartáveis a serem jogados no lixo. Emprego, deveres institucionais, esposas/esposos são, também, descartáveis e o destino será o lixo. O que farão os lixeiros com estes produtos?

Na sociedade líquido-moderna, a indústria de remoção do lixo assume posições de destaque na economia da vida líquida. A sobrevivência dessa sociedade e o bem-estar de seus membros dependem da rapidez com que os produtos são enviados aos depósitos de lixo e da velocidade e eficiência da remoção dos detritos. Nessa sociedade, nada pode reivindicar a isenção à regra universal do descarte, e nada pode ter permissão de se tornar in desejável (Bauman, 2007:9). Assim, beijar e descartar; colar e passar de período e tentar seduzir para alcançar metas significa estar atendendo aos reclamos da vida líquida.

6. - A Família Líquida

Uma clientezinha de 06 anos, numa entrevista de diagnóstico, me disse: Dr. Ontem estive com meu pai na casa de minha avó. Sabe com quem eu brinquei? Com fulana, minha irmã que não é filha de minha mãe, não! E brinquei com fulano que não é filho da minha mãe, nem da mãe da fulana! Meu pai é pai dos dois, também. Ela apresentava uma tosse renitente que não cedia aos tratamentos pediátricos e de alergistas. Sua mãe jovem e bonita já tinha um outro companheiro, numa outra relação instável. E que

a menina temia perder novamente uma figura à qual se filiara. Ele gostava mais deste "pai" padrasto. Será este o referencial do futuro? Pode-se pensar em que futuro? As famílias, também, já são descartáveis. Ouvi de uma mulher, ainda jovem com dois filhos: "sai de casa, os filhos ficaram com o pai, por que eu tenho o direito de ser feliz!" Para a felicidade dela só importava descartar e jogar no lixo pessoas, responsabilidade e compromissos. Muitos "filhos" são fabricados nesta indústria líquida e vão parar na casa dos avós. Mas, muitos avós não querem mais este compromisso de cuidar de netos! Que tipos de família estamos criando nesta sociedade liquido - moderna? No exemplo enfatizando por uma menina de 06 anos, podemos verificar: assim como o adolescente beijou e descartou 17 meninas, este "garanhão' moderno enxertou e descartou já 03 mulheres! Como viverão estes 03 irmãos? Como serão as suas adolescências? Eles, também, serão tratados como lixo descartáveis? Aqui, crianças, pais e mães são descartáveis. Ao longo do tempo estes pais serão ex-pais dos filhos biológicos, na maioria das vezes vivendo em companhia das mães e os pais acasalados serão pais presentes dos filhos "adotados". Muitos destes homens, por este tipo convivência, "amarão" mais os filhos da atual companheira dos que os seus. Neste processo a sociedade está sempre terminando, de forma rápida, uma tarefa para reiniciar outra.

"Talvez a descrição da "Vida Líquído-moderna" como uma série de reinícios seja um cúmplice desavisado de algum tipo de conspiração. Replicar uma ilusão compartilhada ajuda a ocultar seu segredo mais íntimo (vergonhoso, ainda que apenas um resíduo). Talvez, uma forma mais adequada de narrar essa vida seja contar a história de sucessivos finais. E talvez a glória de uma vida líquida de sucesso seja mais bem transmitida pela invisibilidade das tumbas que assinalam seu progresso do que a ostentação das lápides que celebram o conteúdo destas tumbas" (Bauman, 2007:9).

7. - A Profissão Líquida

Um jovem executivo da área de Marketing de uma ONG, onde sou voluntário há 23 anos, anunciou sua saída, repentina: "Estou saindo não só pelo salário. Eu gosto muito daqui, mas o meu currículo necessita ser movimentado por mais empresas, pois senão me torno sólido demais aqui e não serei lembrado por outras organizações. Hoje, as instituições" são descartáveis. Antes, ter a anotação de uma só empresa na sua

carteira de trabalho era o sonho do servidor e uma excepcional apresentação. Hoje, é um demérito.

8. Conclusão

Nesta rápida passagem, como tem sido a vida líquida, tentei enumerar alguns itens para a compreensão de como vive o adolescente no mundo de hoje. Após a conceituação dos termos buscou-se elaborar as teorias mais atuais. O adolescente é protagonista das transformações aceleradas do mundo dito moderno e procede como um consumidor contumaz. As relações deles com a sociedade, incluindo os seus pares, são superficiais, pouco afetivas e não duradouras. Os objetos com os quais eles se relacionam (coisas e pessoas) são tratados como descartáveis e para tanto, desde que usados, são jogados no lixo. Alguns exemplos são evocados para aclarar os fatos e os termos usados.

Referências Bibliográficas

BAUMAN, Z. (2007). Vida Líquida. Rio de Janeiro: Zahar. 210p.

BAUMAN, Z. (2001). Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Zahar. 260p.

FRANCISCO, L. V. (2007): **-** A modernidade da fusão social pela solidificação individual: *Modernidade Líquida: Zygmunt Bauman. Klepsidra: Revista Virtual de História.*

GITLIN, T. (2001). Mídias Sem Limites. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira.

LEÃO, E. C. (1972). Juventude e Tóxico: Reflexões de Compreensão Filosófica. Rio de Janeiro: Revista de Cultura Vozes. Vol. LXVI.

SODRÉ, M. (1992). *O Social Irradiado: Violência Urbana, Neogrotesco e Mídia*. São Paulo: Cortez Editora, 127 p.

PASSAGENS, TRANSIÇÕES E ADOLESCERES DESDE UMA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA

Tânia Maria José Aiello Vaisberg
Maria Christina Lousada Machado
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Universidade de São Paulo

Não exageramos, sem dúvida, quando afirmamos que atualmente Winnicott é um dos psicanalistas mais lidos e citados em todo o mundo. Entretanto, temos a impressão de que sua obra pode ser usada como simples continuidade, progresso ou desenvolvimento dos autores que o antecederam, ou, ao contrário, como obra radical que chega a romper profundamente com a própria tradição psicanalítica. No grupo Ser e Fazer, que foi criado em 1997 como serviço de atendimento do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clinica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, cultiva-se uma visão segundo a qual seria inclusive cabível questionar até que ponto Winnicott se mantém como psicanalista – ao que respondemos afirmativamente tão somente porque seu método de trabalho segue sendo rigorosamente psicanalítico.

Na verdade, a observância acurada do método, o qual, como já tivemos ocasião de enfatizar, exige uma atitude fenomenológica de abertura ao emergente e de desapego ao conhecimento prévio, provocou mudanças teóricas fundamentais, entre as quais se deve destacar o fato da sexualidade perder sua posição de centralidade na constituição da pessoalidade humana, o fato do complexo de Édipo perder sua centralidade na configuração do sofrimento emocional e o abandono do conceito de pulsão de morte. Além disso, o próprio conceito de objetos e de fenômenos transicionais não corresponde, de modo algum, ao acréscimo de uma terceira área,

mas a uma proposição que simplesmente implode a concepção de um funcionamento mental organizado a partir dos princípios do prazer e da realidade.

Nasce, a partir daí, um novo pensamento, que pode ser denominado psicanalítico, porque se produz a partir do uso rigoroso do método, mas que origina uma nova psicanálise, que merece ser conhecida como psicanálise do *self,* precisamente porque seu pensamento foi elaborado a partir de uma interrogação primeira acerca dos processos pelos quais o individuo humano pode se constituir como uma unidade pessoal e experiencial sensível e auto-consciente. Cuidou, portanto, de pesquisar algo que, na vida cotidiana, e tomado como fenômeno dado e natural, mas que, na psicopatologia, mais precisamente nos chamados estados de despersonalização, pode se revelar como conquista que deve ser não apenas alcançada, em um dado estagio de desenvolvimento, mas também mantida ao longo da vida.

O *self,* que também pode ser descrito como a percepção de ser uma unidade pessoal autora dos próprios atos e pensamentos e sujeito afetado por sentimentos e impulsos, é, fenomenologicamente falando, a primeira e mais fundamental experiência do ser humano adulto em estado de vigília não psicótica e fora do estado de pânico. Somente a partir da vigência desta unidade pessoal pode ter sentido falar em conflito interno e em desejos inconscientes, uma vez que a própria idéia de desejo exige a existência de uma pessoalidade desejante. Entretanto, o *self* é um fenômeno, que se faz por meio de um movimento constante, uma passagem, uma alternância, entre estados calmos e excitados, entre estados integrados e não-integrados de ser.

As elaborações winnicottianas consideraram tais oscilações no contexto da vida do recém-nascido, mas trazem à luz conclusões que permitem tanto pensar as psicoses, especialmente em suas vertentes esquizofrênicas, como colapsos deste inter-

jogo, que se configuram como desintegrações e tentativas frustras de reintegrações, como considerar as condições que permitem evitar o sofrimento psicótico, o enlouquecimento e o pânico. Em outros termos, a perspectiva da psicanálise do *self* indica que a sanidade mental se cultiva como passagem, como transição, como oscilação entre estados e jamais como posição fixa. Finalmente, todo este movimento se dá a partir de uma base que é exatamente o fundo remanescente, que jamais se constituirá como memória psíquica, das primeiras experiências onipotentes, que são vividas pelo recém-nascido afortunado (Winnicott, 1986).

Este fundo onipotente se constitui quando, durante a primeira mamada teórica, o bebê vive uma experiência onipotente quando a mãe lhe apresenta o seio no exato momento em que se encontra pronto para criá-lo/encontrá-lo. A partir deste fundo onipotente se organiza uma convicção vivencial e pré-reflexiva na existência de uma transcendência benfazeja, que será o sustentáculo dos estados não integrados. À não-integração sustentada se sucederá a retomada da integração pessoal a partir da qual será possível viver de modo espontâneo, sentindo-se vivo, real e autônomo, o que não é de modo algum incompatível com o reconhecimento de que a condição humana é de atravessamento por determinações concretas de várias ordens. A integração, neste sentido, corresponde à autenticidade existencial, ao verdadeiro *self,* a autonomia, ao *"ser eu mesmo e me comportar bem"* (Winnicott, 1962). Quando o comportar-se bem é fruto de escolha autônoma e consciente, e não resultado da dissociação submissa, não se configura, evidentemente, como falso *self.*

Muitos autores parecem acreditar que quando se tem a sorte de viver uma boa vida como recém-nascido, de ser um bebê afortunado, garante a saúde mental de uma vez por todas. Se não há como negar que uma boa experiência neonatal é altamente benéfica, justamente porque a sensibilidade é máxima, o fato é que o delicado

equilíbrio do viver exige manutenção constante. Alguns momentos vitais, como a adolescência e o envelhecimento serão excepcionalmente importantes. Para muitos autores, tais períodos são difíceis porque as mudanças de ciclo de vida podem abalar a identidade, compreendida como conjunto de auto-representações (Soares, 2006). A nosso ver isto é certo quando - e somente quando - a pessoalidade não está autenticamente constituída, mas mais ou menos precariamente organizada em termos de um falso *self*. O que podemos dizer quando o indivíduo teve condições de se constituir de modo integrado? A meu ver, esta questão exige certa reflexão e o cultivo de uma atitude critica em relação a afirmações, que tendem a se tornar lugar comum, relativas as dificuldades supostamente inerentes à adolescência.

Tendo a pensar que a noção winnicottiana segundo a qual existem sofrimentos próprios da vida madura, bastante diversos daqueles oriundos do viver inautêntico, devem ser levados em conta quando pensamos na adolescência. Assim, encontraremos, entre os adolescentes, tanto aqueles que se mantém na dissociação, sem condição de se sentirem vivos, reais e capazes de atingir a gestualidade espontânea e aqueles que, como pessoas autênticas, lidarão com os desafios da vida contemporânea. Não subestimamos, certamente, o fato de vivermos, atualmente, no mundo globalizado, uma época histórica particularmente difícil do ponto de vista das exigências que faz ao jovem que entra no mundo adulto, assunto que já abordamos em outros textos (Aiello-Vaisberg,2005). Entretanto parece-nos importante focar a atenção no modo pelo qual posições existenciais integradas ou dissociadas resultarão em adolesceres mais ou menos difíceis.

Os adolescentes capazes de viver alternando estados integrados e não integrados enfrentarão o dilema humano fundamental, relativo à luta incessante entre tomar o outro como objeto ou considerá-lo como pessoa. Alem disso, criarão/

encontrarão sentidos de vida por meio de sua gestualidade espontânea e autônoma, enfrentando dificuldades inegáveis de uma época evidentemente conturbada, que se caracteriza por um clima emocional no qual parece predominar pessimismo, falta de perspectiva e de esperança.

Aqueles que se organizam em termos de falso *self* continuarão, na adolescência, a fazer o que sempre fizeram: tentar sobreviver aguardando oportunidades de integração. Possivelmente, a chegada ao limiar da vida adulta apresenta um valor simbólico de renascimento que suscita movimentos mais vigorosos no sentido da busca de integração. Trata-se, a meu ver, de um importante incremento de esperança– o que aumentará, de modo aparentemente paradoxal, a eclosão de sintomatologia psicopatológica, que inclui a psicose, a psicossomatose e a passagem ao ato. Ter em mente o valor positivo do adoecimento destes adolescentes, que muitas vezes gera situações familiares marcadas por grande sofrimento, criará as melhores condições para o desenvolvimento de um trabalho clinico potencialmente mutativo.

Referências Bibliográficas

AIELLO VAISBERG, T. M. J. Sofrimento e adolescência no mundo contemporâneo sob a perspectiva da psicologia social clínica. In Anais do 1º Simpósio Internacional do Adolescente, 2005, São Paulo, SP, Brasil [online]. [citado 06 Novembro 2007]. Disponível em World Wide Web: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100032&lng=pt&nrm=iso>.

4ª PARTE :

MESA REDONDA

SAÚDE MENTAL NO ADULTO

POPULAÇÃO DE RISCO PARA CRIMINALIDADE

Dra Hilda Morana

RESUMO

Quem serão os futuros criminosos? Como diminuir a criminalidade?
Hoje existem métodos absolutamente eficazes para combater a criminalidade, a violência e até cuidar dos assim chamados psicopatas.

Mas a grande questão é a reincidência criminal, atesta a literatura internacional. Diminuindo-e a reincidência criminal, os índices de criminalidade diminuem consideravelmente. É a experiência de todos os países que institutiram exames de personalidade em sua população carcerária.

Quem reincide em crimes, de forma permanente e com elevado prejuízo social e econômico para uma sociedade, são os psicopatas. O indivíduo psicopata não demonstra sintomas de outras doenças mentais, tais como neuroses, alucinações, delírios, irritações ou psicoses. Eles podem ter um comportamento tranqüilo no relacionamento social normal e têm uma considerável presença social e boa fluência verbal. Em alguns casos, eles são os líderes sociais de seus grupos. Vítimas fatais de psicopatas violentos percebem seu verdadeiro lado apenas alguns momentos antes de sua morte. O mais assustador é o fato que entre 1 % da população é psicopata. Os psicopatas são aproximadamente três vezes mais propensos a reincidência criminal e quatro vezes mais propensos a recidivas em crimes violentos do que os não-psicopatas.
Atribui-se a criminalidade violenta e organizada a causas como miséria, a fome, o desemprego e a injustiça social. Estes de fato são os fatores que levam a criminalidade mais presente em nosso meio que é o crime contra o patrimônio. Os que cometem este tipo de crime são chamados de bandidos comuns e importa separá-los dos verdadeiros psicopatas. Muito pouco destes sujeitos são reincidentes.

O tipo de crime não prediz a periculosidade do agente. Não é possível basear-se no tipo de crime, por mais hediondo que seja para predizer a reincidência criminal. A questão volta-se para a identificação de sujeitos perigosos e portanto prováveis

reincidentes criminais, cujo diagnóstico baseia-se no estudo de sua personalidade. Apresentamos instrumento de avaliação da psicopatia que, usado de forma sistemática em diversos países e cidades no mundo, conseguiu diminuir a reincidência criminal em até dois terços. O instrumento a que nos referimos é o PCL-R de Robert Hare o qual traduzimos, adaptamos e validamos para o Brasil. Tem sido usado em muitos países, entre eles USA, Austrália, Nova Zelândia, Grã-Bretanha, Bélgica, Holanda, Dinamarca, Suécia, Noruega, China, (Hong-Kong), Finlândia, Alemanha, e muitos mais.

REFLEXÕES SOBRE A VIDA ADULTA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Maria Amélia Vampre Xavier

A grave questão da deficiência intelectual, que sempre afeta cerca de 10% da população de um país e que no Brasil atinge aproximadamente 8 milhões de brasileiros, sempre foi considerada, e ainda é hoje em dia, como uma questão relativa à infância, um problema dos primeiros anos de vida de uma criança, como se não elas não se tornasse adolescente e por fim adulto como todo mundo.

Essa infantilização de uma questão que afeta as famílias com um filho nessas condições durante toda a vida, impõe isolamento e incompreensão da sociedade em relação a essas famílias, e rejeição ao filho com deficiência, é muito grave. Em razão dessa racionalização errônea, mesmo em 2007 são relativamente poucos os países com programas destinados a pessoas em fase de amadurecimento, sem levar em conta o prolongamento da vida da população em geral, em vista de avanços notáveis da medicina.

É fundamental que o poder público, a sociedade como um todo, as entidades ligadas à defesa de direitos humanos, dediquem mais atenção à necessidade de apoiar as famílias atingidas por esse grande desafio, dando-lhes atenção e amparo em suas muitas necessidades, quando as forças começam a faltar aos pais para o devido cuidado com o filho que lhes exigiu sempre muita dedicação e constante cuidado.

APRESENTAÇÃO NA MESA REDONDA NO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO EM 10 DE NOVEMBRO, 2007

DEFICIÊNCIA E AMADURECIMENTO: PERSPECTIVAS E DESAFIOS

Maria Amélia Vampre Xavier

Tivemos o prazer e a honra de termos sido convidados pela Dra. Leila Cury Tardivo, e do Professor Dr. Francisco B. Assumpção Jr. da mesma Coordenadoria, para participar como palestrante de mesa redonda sobre SAÚDE MENTAL, devendo contar a nossa experiência enquanto mãe de um moço com deficiência intelectual, o Ricardo, numa trajetória que se estende por quase cinqüenta anos.

A mesa foi coordenada pelo Professor Dr. Francisco B. Assumpção Filho, psiquiatra de renome, que tem relevante folha de serviços a famílias como a nossa, que têm um filho com deficiência intelectual, e uma oportunidade de que o auditório, lotado, conhecesse um pouco da vivência com um filho com deficiências.

Lemos, na ocasião, alguns dos 12 preceitos do educador Dr. Leo Buscaglia, sobre a forma pela qual todos devemos tratar pessoas com deficiências, e notamos que houve muito interesse de todos por esses preceitos que, com toda a razão, e como nos tinha sido sugerido pela amiga Mina Regen, que é uma grande mas uma grande autoridade mesmo em deficiência intelectual, é um documento que por sua atualidade, e valor, deve ser de conhecimento geral.

Abordamos em linhas gerais o seguinte:

- As deficiências, e de modo específico, a deficiência intelectual, foi sempre vista no mundo, a partir dos primeiros estudos da questão nos anos quarenta e cinqüenta, como um problema relacionado à infância apenas.

- Isto explica porque, há perto de 50 anos, quando foram fundadas as primeiras APAEs no Brasil (hoje elas são em número de 2.000), as conversas nossas, de pais fundadores dessas entidades, fosse em torno de crianças, como fazer com que crianças com deficiências fossem aceitas nas creches existentes, preocupação com exercícios que melhorassem a condição dos filhos pequenos. Tudo se passava como se crianças não crescessem, se tornassem adolescentes e depois jovens adultas, mais tarde adultas mesmo, pois como a longevidade da população em geral era curta, a de nossos filhos com deficiências era ainda mais limitada e dificilmente uma criança com síndrome de Down ou outro problema grave ultrapassaria os 16, 17, 18 anos, ou seja, a adolescência. A preocupação com a condição de adulto nem sequer existia.

- As décadas foram passando, passaram os anos sessenta, setenta, e já na década de oitenta a organização mundial de famílias como as nossas, na época denominada International League of Societies for Persons with Mental Handicap, sediada em Bruxelas, Bélgica, com ramificações por todo o globo, começava a se preocupar com moradias para pessoas com deficiência intelectual mais velhas, com apoio a suas famílias. A regra da época que antecedeu o surgimento das APAEs era que famílias ricas escondiam os filhos deficientes em quartos no fundo do quintal com alguém que tomasse conta deles, se é que tomavam, ou então os enviavam para internatos residenciais em Estados mais adiantados, como São Paulo, onde moravam sem nenhuma qualidade de vida, sem poder decidir sobre as próprias atividades do dia a dia.

- No Brasil, nos anos cinqüenta (a APAE do Rio de Janeiro, a primeira do Brasil foi fundada em dezembro de 1954) prevalecia por toda parte a idéia um tanto vaga mas firme “vamos ajudar as crianças retardadas da APAE” (como se fossem umas coitadinhas). Os médicos tinham total poder sobre a questão da então chamada deficiência mental e as famílias sequer eram consultadas sobre tratamentos ou o que fazer com o filho, tudo era ditado, imposto por especialistas dos poucos que existiam e que, lamentavelmente, também conheciam muito pouco da área das deficiências.

- Na medida em que o tempo de vida foi se alongando, graças a avanços da medicina e maior disseminação de conhecimento do que a deficiência intelectual representava, as organizações de pais, não só no Brasil mas em toda parte, passaram

a se preocupar com estabelecer programas para jovens, programas vocacionais, oficinas chamadas protegidas, nas quais nossos filhos mais crescidos, adolescentes, ficavam fazendo coisas rotineiras, tarefas tediosas, pois se acreditavam que não tinham condição de aprender nada que fosse realmente útil, tudo visava preencher um tempo vazio de alguma forma...

- Com o progresso e amadurecimento das organizações de famílias com um filho com deficiência intelectual, muitas outras entidades paralelas foram se formando, não só de famílias mas de pessoas das mais variadas deficiências, em nosso caso com vistas a estimular a integração social da pessoa com deficiência intelectual, alcançando maior visibilidade para essa pessoa, tradicionalmente excluída de programas sociais.

- Hoje, novembro de 2007, em rápidas pinceladas temos a dizer que as famílias precisam compreender cada vez mais que os filhos com deficiência têm de fazer suas próprias escolhas, desde a roupa que desejam usar, como a escola que preferem freqüentar, os amigos de que gostam. Há de se ter o maior respeito pela sexualidade de pessoas com deficiência intelectual e compreender que elas não são seres angelicais nem “crianças eternas” como tanto se propagou no passado. Em vez disso são pessoas como as outras, que têm desejos, sentem frustrações, têm vontade de fazer coisas que lhes agradam. Nós pais muitas vezes podamos nossos filhos, infantilizando-os, e, portanto, contribuindo para intensificar o valor da deficiência em vez de valorizarmos a pessoa de nosso filho em si e depois – só depois – pensando em sua deficiência.

- No começo dos anos 70, em países industrializados, como Suécia, Noruega, Inglaterra, Estados Unidos, as pessoas jovens com deficiência intelectual começaram a se agrupar e formar o movimento a princípio conhecido como “the new voice”, mais tarde, People First no idioma inglês. No Brasil, essas pessoas adultas com deficiência intelectual são conhecidas como “auto defensoras”, na Argentina e em países de fala espanhola como “Personas Primero”. Essas pessoas, devidamente orientadas por outras pessoas deficientes mais qualificadas, aprendem a defender seus direitos, seus interesses, expressando-se em Congressos mundiais e tendo uma parte importantíssima no trabalho que se realiza pelo mundo.

- Agora mesmo, a preocupação maior de todos é com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que vem mobilizando pessoas no mundo todo, inclusive no Brasil, no esforço de fazer com que esse importantíssimo documento, assinado pelo Brasil em fins de março nas Nações Unidas, junto a 80 outros países, possa representar uma ferramenta de fato eficiente em políticas públicas uma vez que a Convenção a que estamos fazendo referência põe em destaque o direito inclusive de pessoas com deficiência intelectual fazerem opções quanto a moradia, sexualidade, educação inclusiva, trabalho reconhecido.

- A família é hoje muito valorizada como parte essencial de todo o esforço mundial em prol de pessoas com deficiência intelectual. Em outubro de 2004 houve uma grande Conferência em Montreal, Canadá, patrocinada pela Organização Mundial da Saúde e Oficina Pan Americana da Saúde, que convidaram 25 pais de toda a América Latina como "autoridades em deficiência intelectual" reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde. Tivemos a felicidade de termos nosso nome escolhido como representante de famílias brasileiras e comparecemos a Montreal com o Dr. Francisco. B. Assumpção Jr., psiquiatra paulista, com larga folha de serviços a pessoas com deficiência intelectual e suas famílias. Dessa forma, dois representantes, às vezes três por país, inclusive países africanos e árabes, estiveram presentes à Conferência de Montreal. O tema dessa Conferência foi "A defesa dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência". Coube-nos a difícil incumbência de falar em nome dos pais de países outros como Argentina, Chile, Peru, Canadá, Estados Unidos, Bolívia, Venezuela, Guatemala, etc.

Abordamos um pouco de tudo isso em nosso fala na Universidade de São Paulo e ficamos felizes em ver que o trabalho das famílias vem sendo muito valorizado nos meios acadêmicos de nosso país.

Digitado por Maria Amélia Vampré Xavier, da Rede de Informações do COE – Área de deficiências – Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo, Fenapaes, e entidades parceiras em 14 de novembro de 2007.

5ª PARTE

MESA REDONDA

SAÚDE MENTAL NA VELHICE

VELHICE: DA GERONTOFOBIA AO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Irene Gaeta Arcuri

A velhice e a modernidade

Era uma vez um príncipe indiano chamado Sidarta, vivia cercado de riquezas, e sentia-se prisioneiro no próprio palácio, descontente com a própria vida, sentia um impulso interior que o levava a buscar o real sentido e significado da vida. Decidiu então fugir do seu palácio, para que pudesse conhecer o mundo além daquele no qual era prisioneiro.

Em sua busca, saiu para passear em sua carruagem pelos arredores de seu reinado, se deparou com um homem enfermo, desdentado, todo enrugado, curvado, apoiado numa bengala, titubeante e trêmulo. Ficou espantado, pois era privado de qualquer contato com a miséria humana e aquela visão nua e crua da realidade da natureza o deixou estarrecido. Diante de uma visão tão cruel, perguntou ao cocheiro do que se tratava aquele ser tão frágil, debilitado. O cocheiro explicou-lhe então que se tratava apenas de um velho.

Sidarta reconheceu imediatamente seu próprio destino e de toda a humanidade e exclamou:

> - "Que tristeza, vivemos embriagados pelo orgulho da juventude, e não vemos a velhice! Como somos fracos e ignorantes! De que servem os jogos e as alegrias, se eu sou a morada da futura velhice?"

Em nossa cultura, não existe a idéia clara do ciclo da vida, recebemos um intenso treinamento para apenas metade da vida, temos um script social muito claro a seguir até a idade de 50 anos ninguém tem dúvidas, mas depois de ter cumprido os deveres por assim dizer (estudar, se profissionalizar, casar, ter filhos, se aposentar, etc.) o que fazer com os próximos 10, 20, ou 30 anos de existência? Onde está a orientação sobre essa etapa da vida humana, que doravante será o tempo mais longo de nossa existência? É preciso então pensar nas questões que envolvem o

envelhecimento, de forma que possamos fazer desta etapa da vida, tão um crescimento.

Na primeira metade da vida temos o desenvolvimento do ego, uma adaptação ao ambiente externo, à aquisição de certa autonomia nas escolhas de relacionamentos com pessoas, lugares, e coisas. Quando nos encontramos na segunda metade da vida nos deparamos então com os problemas do Self, onde as dificuldades se dão principalmente em lidar com o mundo interior. Desta forma podemos pensar na importância de um estudo, que possa auxiliar a compreensão desta etapa da vida.

A construção de uma nova ciência como a gerontologia vai ao encontro da proposta mais inovadora da atualidade, em termos científicos, no que diz respeito à mudança de paradigma, da visão de homem e de mundo, especialmente quanto aos conceitos de complexidade, interdisciplinaridade e finalmente transdisciplinaridade.

Por mais paradoxal que possa parecer, o estudo do envelhecimento passa a ser próprio da modernidade.

A percepção de um construto teórico tão inovador é ao mesmo tempo desafiante e assustadora. Desafiante, porque impõe um olhar em relação a questões nunca pensadas, como por exemplo: os desafios que a longevidade impõe à humanidade, a velhice como provável futuro de todos nós. Assustadora, porque não oferece nada pronto, o que leva a refletir sobre o velho ditado espanhol: *caminhante, não existe caminho; o caminho se faz ao caminhar.*

Desta forma, transitar em várias áreas do saber, para a construção de um novo conhecimento, nos transporta para o infinito, na medida em que a cada nova descoberta um universo se abre.

O questionamento sobre o envelhecimento existe há mais de 2700 anos. Heráclito elaborava uma fórmula complexa: *Viver de morte, morrer de vida*. Morin (1996: 279) faz uma reflexão acerca deste paradoxo:

> Rejuvenescemos sem cessar. Cada batida de nosso coração irriga nosso organismo com sangue desintoxicado pelo pulmões. Rejuvenescemos 60 vezes por minuto. Eu rejuvenesço, vocês

> rejuvenescem, nossos moléculas fazem-no várias vezes por ano. Passamos o tempo rejuvenescendo, ou seja, vivemos da morte dessas células para rejuvenescer. Mas então por que morremos? Porque com o tempo, rejuvenescer é sumamente cansativo. Rejuvenescer é mortal. Por isto desgraçadamente morremos. Morremos de vida.

Na modernidade, passamos a considerar a velhice como um estágio importante para o desenvolvimento humano, não como anteriormente era visto, quase como uma fase terminal da existência.

Este fato se dá por uma questão bastante lógica - a infância se dá em 10 anos, depois passamos para a adolescência e aos 21 anos somos considerados adultos. Então, quando chegamos aos 50/60 anos, somos considerados velhos, pelo menos em termos de mercado de trabalho, uma vez que, na modernidade e sob a égide do capitalismo, deixamos de ser produtivos e/ou o mercado de trabalho deixa de absorver esta faixa etária.

Considerando o aumento da expectativa de vida, poderemos viver aproximadamente até 100 anos, o que significa, em tese, que teremos 40 anos de velhice. Como dar-se-á este processso de envelhecimento?

Jung nos fala que primeiramente o homem deve estabelecer, no mundo, vínculos sólidos, fundar uma família, construir uma situação. Mas, quando chega a maturidade, no declínio das forças, então é tempo de ser *si-mesmo*, no sentido mais profundo, ou seja, de procurar apreender a totalidade de nossa alma, aquela que não conhece as barreiras do tempo nem do espaço.

> O homem que envelhece deveria saber que sua vida não está em ascensão nem em expansão, mas um processso interior inexorável produz uma contração da vida. Para o jovem constitui quase um pecado ou, pelo menos, um perigo ocupar-se demasiado consigo próprio, mas para o homem que envelhece é um dever e uma necessidade dedicar atenção séria ao seu próprio si-mesmo. Depois de haver esbanjado luz e calor sobre o mundo, o sol recolhe os seus raios para iluminar-se a si mesmo. (JUNG, 2000: 349)

A velhice é um território desconhecido para todos nós; poderíamos compará-la com o outono, pois já semeamos, plantamos e agora de uma certa maneira colhemos. Não sabemos, ao certo, o que o outono pode nos mostrar, porque na primavera não percebemos claramente o que foi gerado. A mudança no corpo nos remete às questões do espírito ou a um tipo de atenção à psique.

Para Prétat (1997: 42)

> Precisamos conhecer sua realidade, tentando encontrar uma centelha de luz nas trevas de forças desconhecidas, vivenciadas quando a consciência mergulha em algo que se assemelha ao esquecimento. O aborrecimento das experiências internas e externas que surgem nesses momentos não pode ser evitado, ele precisa ser vivido. Quando descemos às profundezas da psique é importante permanecermos o mais possível presos ao mundo exterior para que possamos conservar uma noção da realidade externa, mesmo que dolorosa.

A leitura que fazemos do envelhecimento pode nos trazer sabedoria, se percebermos a sutileza que há nas entrelinhas. Ou seja, é preciso romper com os estereótipos impostos socialmente e se lançar ao desconhecido sem medo – ou, pelo menos, continuar prosseguindo apesar do medo.

A modernidade trouxe ao homem este desafio. Com o alto nível tecnológico, com a explosão demográfica, o homem se depara com algo inusitado: um período maior para ser vivido fora do processso produtivo nos moldes capitalistas, mas inserido em uma sociedade de classes e de consumo de mercadorias, para a qual há a necessidade de poder aquisitivo.

Jung (2000: 349) nos diz que *o ser humano não chegaria aos setenta ou oitenta anos se esta longevidade não tivesse um significado para a sua espécie. Por isto, a tarde da vida humana deve ter também um significado e uma finalidade próprios, e não pode ser apenas um lastimoso apêndice da manhã da vida.*

Não se trata, aqui, de falar das etapas da vida humana, até porque este seria um pensamento linear, quando na verdade estamos falando de mudanças de paradigma. Apenas não queremos dissociar a velhice do processso de desenvolvimento humano.

Qual o significado da velhice? O que significa ser então uma pessoa idosa?

Para Martins (1991), o sujeito não pode ser uma série de eventos, isto é, ser criança, ser adolescente, ser adulto, ser velho, como um conjunto segmentado de eventos; por isso mesmo é que ele não é eterno. Resta para esse sujeito, que sou eu, que é você, ser temporal. *Precisamos, então, pensar na idéia de tempo propriamente dito, e é somente acompanhando a sua dialética interna - o homem não está no tempo é o tempo que está no homem - que seremos então levados a compreender a idéia de sujeito humano* (1991: 3)

Acrescentando-se a consciência de que o homem é envolvido, é construído culturalmente, é importante olhar o ser humano pela mediação do seu tempo vivido, pois o tempo é o sentido da vida.

Voltando à nossa questão a respeito do significado da velhice, se a aldeia global fosse de fato uma tribo, como se propõe, a exemplo dos primitivos, caberia aos anciões ser “os guardiães dos mistérios e das leis” o que, portanto, exprime a herança cultural da tribo. A globalização significa, sim, uma padronização de valores e significados pela disseminação de uma dada ideologia que atende aos interesses do capital.

Gerontofobia – o medo ante o desconhecido

Na verdade, temos uma gerontofobia, pelo menos aqui no mundo capitalista - inclua-se o Japão, apesar de toda sua cultura de respeito aos idosos - é o medo e a negação do envelhecer que impera.

Para Arcuri (2004), temos medo de envelhecer, em primeiro lugar, porque a partir daí a vida termina. Ponto final. E temos medo de envelhecer porque não teremos mais espaços sociais de reconhecimento e de sobrevivência. Haja estímulo ideológico a plásticas, ginásticas, cosméticos etc..

Contraditoriamente, o medo de envelhecer nos empurra para a velhice, no sentido de “parar o desenvolvimento, por se achar velho”.

O envelhecimento é visto pelo conjunto da sociedade como um tabu, como algo desagradável e que, portanto, deve ser negado. Lidar com as questões da velhice e do envelhecer, tanto nosso quanto do outro, requer uma abertura especial. Temos que ter

a compreensão do envelhecimento como uma totalidade que não é simples e tampouco abstrata.

O envelhecimento tem várias dimensões, não podendo ser entendido apenas dentro de uma única perspectiva, pois o homem é multidimensional.

Simone de Beauvoir (1990:348) nos diz: *mesmo que nos venham sinais do corpo, eles são ambíguos. Pode-se ficar tentado a confundir uma doença curável com um envelhecimento irreversível.*

O paradoxo de nossa época é que as pessoas idosas gozam de melhor saúde do que outrora, permanecem "jovens" por mais tempo e a ociosidade só pode lhes pesar mais ainda.

Segundo os gerontologistas, viver os últimos vinte anos da vida em bom estado físico, mas sem nenhuma atividade útil, é psicológica e sociologicamente impossível. É preciso dar a esses sobreviventes motivos para viver. *A "sobrevivência bruta" é pior que a morte* (BEAUVOIR, 1990: 348).

Para Arcuri (2004) na modernidade, há uma desconstrução ideológica da categoria velhice, em relação às doenças tidas como próprias da velhice. São propostas formas preventivas para se chegar à velhice saudável. Há, também, uma mudança quanto ao mercado consumidor, pois, com a aposentadoria privada, alguns velhos passam também a ser consumidores, ou seja, o velho com recursos pode ser um velho que é capaz de utilizar a moda, prover a manutenção do corpo etc.

Para Featherstone (1998: 61):

> Pode-se argumentar que nas sociedades ocidentais contemporâneas, esse processso é exacerbado pela forte ênfase na aparência física na imagem visual que é um dos elementos fundamentais que impulsiona a cultura de consumo. Nenhuma outra sociedade na história, como é freqüentemente dito, produziu e disseminou tal volume de imagens do corpo humano através dos jornais, revistas, dos anúncios e das imagens do corpo em movimento na televisão e nos filmes. A paisagem física das grandes cidades, das construções e lugares nos quais fazemos compras ou nos divertimos estão cheias de imagens e réplicas do corpo humano. A vasta maioria dessas imagens, especialmente aquelas usadas para vender mercadorias e experiências por meio de anúncios, são imagens da juventude, saúde e beleza dos corpos. Uma boa parte da promoção da moda, indústria de cosméticos e de cuidado com o corpo apresenta esses ideais de corpos como algo que deveria ser atingido. A transformação do corpo que levará a uma transformação pessoal é algo que está ao

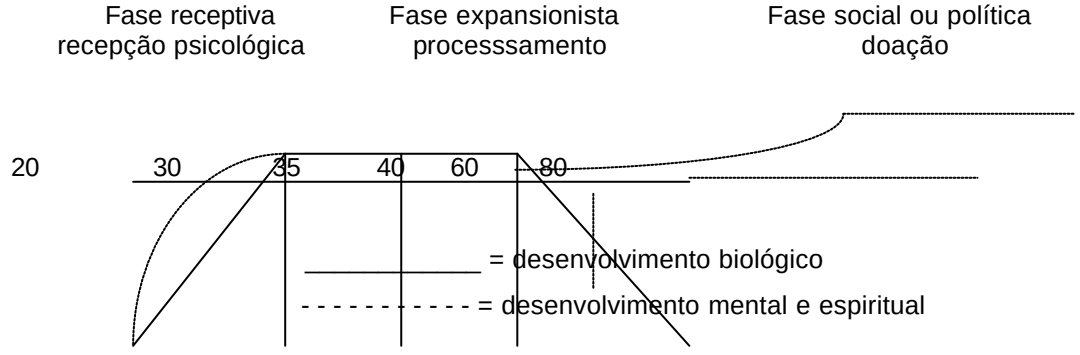
alcance de todos nós. A mensagem divulgada é simples: Se você parece bem, você se sente bem.

Gerontologia: compreendendo o envelhecimento

Como podemos, então, começar a nos perceber de maneira mais realista aos cinqüenta, sessenta ou setenta anos como ainda tendo valor para nós, para a família e para a sociedade? Mas a aldeia global não vê no envelhecimento um motivo para celebrar. Pelo contrário, tem sim uma negação de tudo o que é velho. O atual desenvolvimento do capital nos transformou para a sociedade do "descartável". Hoje, três quartos da humanidade são descartáveis , pois necessitamos todos de saúde, educação, transporte, segurança, moradia, alimentos etc. etc.. Se aos 25 anos, o homem já é "descartado" e pesa para o sistema, o que dizer dos velhos?

Talvez seja agora importante olhar todo este processso de uma maneira linear, falando um pouco sobre as seguintes fases: um período de crescimento, durante o qual o desenvolvimento construtivo prevalece sobre o declínio; um período de equilíbrio entre desenvolvimento e declínio; e um período de involução, uma época de declínio crescente (LIEVEGOED, 1984: 73).

Fases:



De uma forma irreverente, Goethe (*apud* LEVEDGOED, 1984) descreveu as fases da vida nestes termos: a criança é um realista, o jovem, idealista, o homem adulto, um cético e o homem idoso um místico! Se considerarmos as conquistas da humanidade, vemos que a dabedoria da velhice pode revelar-se num mundo atemporal!

De qualquer maneira, sempre me parece persistir o medo do envelhecimento, como se não houvesse a percepção do curso da vida. Um trecho clássico da literatura

(GOETHE, 2002) retrata bem o homem contemporâneo, na luta contra o envelhecimento.

Quando Dr. Fausto assinou o pacto com o diabo, exigiu em primeiro lugar voltar a ser jovem. Mefisto, tendo-o guiado ao antro de uma bruxa, quando Fausto viu no lume o caldeirão no qual a poção mágica estava a ferver, teve uma náusea.

> Dr. Fausto a Méfisto:
> - Esta bruxaria demente enjoa-me. Asseguras-me que voltarei a ser novo com esses sortilégios? Precisarei mesmo da ajuda desta velha bruxa? Será verdade que essa poção infernal me vai rejuvenescer de trinta anos? Pobre de mim se nada de melhor tens para me oferecer! A esperança já me abandona, não terá a natureza ou qualquer espírito nobre descoberto nenhum remédio para a velhice?
>
> Méfisto:
> - Óptimo! Esse remédio obtém-se aliás sem a ajuda de nenhum médico nem de nenhuma bruxa. Vai viver para o campo. Cultiva, desbrava a tua terra leva uma simples, sem sair do cerco limitado da tua propriedade. Alimenta-se de pratos grosseiros e poucos cozinhados. Vive como o teu gado e em sua companhia, e não te julgues muito orgulhoso para estrumar o solo. Aqui tens a melhor maneira, acredita-me de rejuvenescer aos 84 anos!
>
> Fausto:
> - Mas eu não estou habituado; não me convém nada manejar a pá e essa vida limitada não é do meu agrado!.
>
> Mefisto:
> - É por isso que precisas da bruxa!

Fausto é cada um de nós, pois aceitamos mais facilmente a morte do que a velhice. Envelhecer e morrer parecem-nos inelutáveis, pois é o destino de todos desde sempre!

Edgar Morin (1970) nos diz que as ciências do homem neglicenciam sempre a morte. Contentam-se em reconhecer o homem pelo utensílio (*homo faber*), pelo cérebro (*homo sapiens*) e pela linguagem (*homo loquax*). Contudo, a espécie humana é a única para a qual a morte está presente durante a vida; a única que faz acompanhar a morte de ritos fúnebres, a única que crê na sobrevivência ou no renascimento dos mortos.

Então é um paradoxo não sermos educados para a morte também e durante o curso da vida.

Morin (1970:13) vai além, quando fala que:

> A morte situa-se exatamente na charneira bioantropológica. É a característica mais humana, mais cultural do *anthropos*. Mas, se nas suas atitudes e crenças perante a morte, o homem se distingue mais nitidamente dos outros seres vivos, é aí mesmo que ele exprime o que a vida tem de mais fundamental. Não tanto o querer-viver, o que é um pleonasmo, mas o próprio sistema do viver.

É evidente que a obsessão da sobrevivência, muitas vezes em detrimento da vida, revela no homem a preocupação lancinante de conservar a sua individualidade.

Edgar Morin (l970) fala que o horror da morte é, portanto, a emoção, o sentimento ou a consciência da perda da individualidade para além da morte.

Sendo assim, o luto exprime socialmente a inadaptação individual à morte, mas, ao mesmo tempo, é o processso social de adaptação que tende a fazer cicatrizar a ferida dos indivíduos que sobrevivem.

Faço minhas as palavras de Morin (l970:325):

> Para o homem, a morte faz parte da teia do seu mundo, do seu ser, do seu espírito, do seu passado e do seu futuro (...) Mas isto não anula a esperança de reformar a morte. Essa reforma é o prolongamento da vida humana para que o individuo possa cumprir o seu novo ciclo de desenvolvimento.

Basta observar o desenrolar de nossa vida para perceber como nos deparamos com a morte em várias instâncias: a infância morre e nasce a adolescência. A adolescência passa e nos tornamos adultos. Um nascimento requer uma morte e uma morte requer um nascimento.

Na mitologia grega, os deuses criaram o mundo, decidiram que não gostavam dele, destruíram tudo o que haviam construído e criaram um outro. A morte é um processso que não pára na natureza. Há também a imagem do deus morrendo e renascendo, aquele que é destruído de uma forma, reaparece novamente transformado.

Dionísio é desmembrado, mas Atenas, a deusa da sabedoria, salva seu coração e ele nasce novamente; como a Fênix, podemos ser temporariamente reduzidos a cinza, mas somos capazes de nos levantar, mais uma vez renovados. A

forma pode ser destruída, mas a essência permanece para aparecer novamente em alguma outra forma.

O poeta alemão Goethe escreveu:*Enquanto você não morre e se levanta novamente, você é um estranho para a sombria Terra.*

Ou seja: no transcorrer de uma vida, experimentamos muitas formas diferentes de mortes psicológicas, sociais, profissionais etc.

Se estivermos derivando nossa identidade pessoal de um relacionamento pessoal e este terminar, estaremos diante da morte de quem temos sido. Da mesma maneira, se adquirirmos nosso sentido de vitalidade ou significado de vida a partir de uma determinada profissão e a perdemos, também morreremos pela forma que nos conhecíamos.

O choque de envelhecer abala nossa auto-imagem, podendo trazer uma regressão considerável. Em nossa pesquisa sobre memória corporal, pedimos ao grupo de pesquisadas que desenhassem de forma conjunta um corpo, onde percebemos como a auto-imagem presente ainda era da juventude apesar de estarem na ocasião com a idade entre 67 à 77 anos.

Na figura, percebemos na construção do desenho coletivo que o grupo de mulheres judias realizou, apesar de terem uma biografia de um corpo marcado pela guerra, pela exclusão social, pelo anti-semitismo, o retrato de um corpo cheio de vida, sob a égide do arquétipo da criança divina. Num movimento de renascimento, podemos considerar como sendo um desenho compensatório de um corpo sofrido, mas também podemos pensar na possibilidade de um crescimento da sensualidade, da espiritualidade e da psique.

Temos, assim, a morte seguida da vida, o que podemos também considerar na questão do envelhecimento como a passagem de um corpo novo para o corpo velho, um processso de morte-renascimento no sentido de criatividade e de crescimento.

Erik Erikson, é um dos teóricos do desenvolvimento mais conhecido; ele descreve oito estágios do desenvolvimento humano:

- *Primeiro estágio: confiança X desconfiança básica.* Eeste estágio inicial, próprio do bebê, quando ele supera a desconfiança inicial, indo em direção à confiança básica para que possa então se desenvolver e crescer.

- *Segundo estágio: autonomia X vergonha e dúvida.* Este estágio está relacionado com a criatividade, representado pelo funcionamento intestinal, onde controlar e reter as fezes é extremamente importante pois é também nesta fase que temos nossa primeira criação.

- *Terceiro estágio: iniciativa X culpa.* Este estágio está relacionado com a sexualidade, onde a criança torna-se consciente dos seus órgãos genitais.Tornar-se consciente dos órgãos genitais para a criança, traz uma mudança de comportamento; no menino, leva a um comportamento que ele chamou de fálico-intrusivo, na menina, o comportamento se torna sedutor ou cativante e carinhoso.

- *Quarto estágio – diligência X inferioridade.* Período este de grande aprendizado no mundo onde a criança aprende a obter o reconhecimento pela sua produção. Sendo importante, neste estágio, unir habilidade com aptidão, a fim de que se possa realmente sentir prazer no trabalho para que no futuro possa se tornar um membro produtivo da sociedade.

- *Quinto estágio – identidade X propagação do papel.* Este estágio é marcado pelo fim da infância e maturidade sexual, gerando para o adolescente dúvidas em relação à própria sexualidade e ao seu lugar no mundo. Por isso, Erikson considera importantes os ritos da puberdade que, segundo ele, permitiriam a integração para a nova identidade. Neste momento há o desenvolvimento da identidade, gerando grandes dúvidas, podendo haver atração pelo mesmo sexo.

- *Sexto estágio: intimidade X isolamento.* Para Erikson, é imprescindível o domínio dos cinco estágios iniciais para que se possa avançar neste estágio que requer a capacidade de nos perdemos no encontro de corpos e mentes, conduzindo a uma expansão gradual dos interesses do ego e a uma ligação com os outros.

- *Sétimo estágio – produção X estagnação.* Este é o momento marcado pelo desejo de consolidar e orientar a próxima geração. Para Erikson (1950: 231),... *Somente aquele que de alguma maneira cuidou das coisas e das*

pessoas, e adaptou-se aos triunfos e desapontamentos, inerentes ao ser, necessariamente o gerador das coisas e das idéias... Poderá gradualmente produzir o fruto desses sete estágios (*apud* PRÉTAT, 1997: 82).

- *Oitavo estágio: integridade do ego X desespero.* Este estágio é considerado por Erikson como integração acumulada do ego. Para ele este estágio de desenvolvimento humano raramente é atingido. Isto implica em ter sensação de ordem e significado, onde o passado com as experiências de vida desde o nascimento até o momento presente é visto de uma nova maneira. Erikson (1976), embora cônscio da relatividade de todos os vários estilos de vida que deram significado ao esforço humano, afirma que o possuidor de integridade está pronto para defender a dignidade do seu próprio estilo de vida contra todas as ameaças físicas e econômicas.

De acordo com Erikson, o desenvolvimento deste estágio estaria mostrando as diferenças do envelhecer de pessoa para pessoa, de cultura para cultura. Ele nos diz:

> As provas clínicas e antropológicas sugerem que a falta ou perda dessa integração acumulada do ego se manifesta pela repulsa e pelo desespero: a sorte não é aceita como estrutura da vida, a morte não é vista como a sua fronteira finita. O desespero expressa o sentimento de que o tempo é curto, demasiado curto para a tentativa de começar uma outra vida e experimentar rumos alternativos para a integridade. (...) Assim, uma velhice significativa, precedendo uma possível senilidade terminal, serve à necessidade de uma herança integrada que proporcione um indispensável perspectiva ao ciclo vital. (...)Seja qual for o abismo a que as preocupações fundamentais possam conduzir os homens, individualmente considerados, o homem, como criatura psicossocial, defrontar-se-á, no final de sua vida, com uma nova edição da crise de identidade que poderíamos formular nas seguintes palavras: *'Eu sou o que sobreviveu de mim*'. (...) A força psicossocial, em conclusão, depende de um processso total que regula os ciclos vitais individuais, a seqüência das gerações e a estrutura da sociedade, simultaneamente. Pois todos os três componentes do processso evoluíram juntos (1976: 141).

Na verdade são os eventos da vida que moldam a personalidade, fazer uma nova edição da identidade poderia levar o ser humano a uma nova dimensão em sua existência onde o Ser teria prevalência sobre o meramente humano.

Metanóia – o desenvolvimento humano na segunda metade da vida.

Dentro da psicologia analítica (Carl Gustav Jung) a segunda metade da vida é denominada de metanóia, onde podemos experimentar a consciência de nós mesmos como parte de algo mais amplo.

Metanóia é um termo grego que indica a transformação da própria identidade pessoal depois de uma experiência que transforma os valores até então adotados pelo individuo.

Jung retoma o termo para indicar o fenômeno de crise psicológica através do qual sucede a inversão radical de todos os valores sobre os quais está ordinariamente fundamentada a existência de um homem (PIERRI, 2002:323):

> A ilustração clássica da metanóia dá-se por ocasião da análise do limiar que liga e distingue a primeira e a segunda metade da vida: nessa fase de passagem por-se-iam na sombra todos os valores sobre os quais o individuo está fundamentado, e contemporaneamente por-se-iam em luz outros valores que estão em oposição.

Brennan (2004) chama a atenção para questão da espiritualidade e coloca a crise presente na meia idade como uma possível forma de reorientação onde o foco ou o centro de atenção sai do ego em direção ao Self. Chamamos de ego um corpo de pensamentos, emoções e sensações que define o universo pessoal garantindo uma certa identidade física e psicológica, representa apenas uma parcela do espectro psíquico e não a sua totalidade.

Self é o centro espiritual, também chamado o Ser Interior, ou o Si Mesmo, Centro Psíquico. É a fonte de nossas tendências mais elevadas tais como consciência altruísta, vontade e amor. O Self é a fonte de amor, sabedoria, e inspiração criativa dentro do individuo. È o Centro Superior da personalidade, além do ego, e abre-se para ser uma fonte inexaurível de criação e compaixão. No movimento de retorno ao Self desenvolve-se uma outra forma de criatividade que emerge a partir do individuo frente a situações novas.

Essa criatividade é flexível, não traz em si uma estrutura repetitiva e nem está a serviço do passado psicológico do individuo. O Self é uma realidade ontológica universal. Transcende diferenças culturais. Na segunda metade da vida, pode haver um desenvolvimento da personalidade um retorno ao Self. Enquanto na infância e na juventude o mundo exterior nos chama, na meia-idade e nos anos maduros o mundo interior é que nos chama. Sendo assim muitas vezes o ambiente exterior cede lugar ao ambiente interior.

Desta ligação entre os níveis superiores do psiquismo é que o ser humano pode desenvolver um crescimento equilibrado, de forma a expandir a sua consciência. É uma esfera em expansão, muito mais do que uma linha reta. Esta forma de expansão não linear, ou expansão da consciência pressupõe uma expansão das atividades superação do egocentrismo ou das atitudes separatistas que nos afastam dos demais, enfim expansão que potencializa a criatividades que possibilita a expressão de todos os recursos que constituem a nossa totalidade.

Esta mudança de foco pode se tornar uma verdadeira revolução, onde a espiritualidade pode ser direcionada de forma inconsciente. A espiritualidade ou o chamado a espiritualidade pode ser uma forma de um continuumn do desenvolvimento, onde o questionamento: Quem sou realmente? Busca a resposta internamente. Apesar dos fatores externos da existência não serem negados eles mudam de ênfase não sendo priorizados.

Para Brenann (2004:65),

> a espiritualidade na meia idade flui de uma nova atitude e orientação. A mudança de vida na meia idade é uma mudança revolucionária. Quando se entra na meia idade o Self torna-se central, substituindo o tão importante ego. Um novo ponto de vista e uma nova atitude afloram na pessoa, acompanhada por novos valores.

Primeira metade da vida	Segunda metade da vida
Ego	Self
Personalidade	Personalidade Inconsciente
Eventos externos	Eventos Internos
Conquistas	integração
Fazer	ser

Este processso de desenvolvimento presente na meia-idade pode durar três ou quatro décadas da vida. É uma retomada da própria história, é um chamado para integrar os aspectos que foram negligenciados até então, onde o passado pode ser externado, e reconfigurado.

A este processso de reconstrução e integração interior foi nomeado por Jung de Individuação, presente como desenvolvimento próprio da segunda metade da vida. A mesma devoção e atenção dada na primeira etapa de desenvolvimento humana deve agora ser direcionada e exige a mesma devoção. A pessoa na meia-idade deve entregar-se a si mesma para poder ser remodelada.

> É preciso ser moldado pela sua própria história (passado), pelo seu mundo interior, pelas suas experiências e realidades únicas (presente), bem como pelo discernimento do Espírito, que nos guia através de novos vales e montanhas (futuro). (Brenann, 2004:67)

Dentro desta perspectiva o ser Humano está em constante processso de crescimento pessoal, realizando seu potencial não manifesto. Para Assagioli (apud HAMEL et alli.,2003)[1] o desenvolvimento espiritual é uma longa e árdua jornada, uma aventura por estranhas terras plenas de surpresas, de alegria e de beleza, de dificuldades e até perigos. Envolve o despertar de potencialidades até então adormecidas, a elevação da consciência a novos domínios, uma drástica transmutação dos elementos “normais” da personalidade e um funcionamento no âmbito de uma nova dimensão interior.

Enfim, a experiência do Self permite aos indivíduos entenderem a realidade diretamente sem interferência das emoções e preconceitos, e agir de acordo. Nesses indivíduos o eu vive no nível do ser, isto é, em unidade com eles mesmos, com os outros e com a vida. A possibilidade de ampliação da consciência presente na velhice, nada mais é do que a concretização de transformações nos sentimentos, pensamentos, percepção, intuição e criatividade, e naturalmente, na relação do individuo com o mundo. A diminuição das carências humanas pode ser possível quando o homem elevar o seu nível de consciência e completar-se com a sua própria natureza divina.

[1] Pesquisa realizada por Suzanne Hamel,Gilbert Leclerc, and Richard Lefrançois no Research Centre on Aging Sherbrooke University Geriatric Institute, Qc Canada

Do contrário, será eternamente perseguido pelo medo da perda, mesmo que tenha sido bem sucedido em obter posições e objetos do mundo material e esteja cercado de relacionamentos afetivos. Uma vez que desperte para as dimensões transpessoais da existência, a própria vida é considerada de uma perspectiva diferente. Um novo sentido de significado pode ser o conteúdo derivado da nova experiência.

Referencias bibliográficas:

ARCURI, I.P.G. *Memória Corporal: O Simbolismo do Corpo na trajetória da Vida*. São Paulo: Vetor, 2004.

BEAUVOIR, S. *A velhice***.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRENNAN, J.B. *Meia idade e vida.* São Paulo: Paulus, 1991.

_____ *Arquétipos Junguianos – A espiritualidade na meia-idade.* São Paulo: Madras, 2004.

ERIKSON, E. *Childhood and society.* New York: Norton & Company, Inc., 1950.

_____*Identidade, juventude e crise***.** Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e imagens do processso de envelhecimento**,** In *Textos Didáticos***.** Campinas: IFCH/Unicamp, 1998.

HAMEL,S. LECLEREC G., LEFRNÇOIS R. A *Psychological Outlook on the Concept of Transcedent Actualization***.** The International Journal for the Psychology of Religion, 13 (1), 3-15.Copyrght, Lawrence Erlbaum Associates, Inc. London, 2003

GOETHE. *Fausto Tragédia de Ghoete.* São Paulo: Martin Claret, 2002

JUNG, C. G. *O homem e seus símbolos.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1964.

_____ *Memórias, sonhos e reflexões.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

_____*A prática da psicoterapia.* Petrópolis: Vozes, 1984.

_____*Fundamentos de psicologia analítica.* Petrópolis: Vozes, 1985.

_____ *O espírito na arte e na ciência*. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

_____*Sincronicidade*. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

_____ *A natureza da psique*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

LIEVEGOED, B. *Fases da vida - crises e desenvolvimento da individualidade*. São Paulo: Antroposofica, 1984.

MARTINS, J**.** Não somos cronos, somos kairos. In. Revista *Kairós.* Programa de Estudos Pós - Graduados em Gerontologia, PUCSP. Ano 1 nº1, EDUC, 1991.

MORIN, E. *O homem e a morte*. Portugal: Publicações Europa América, 1970.

_____ O *paradigma perdido: a natureza humana.* Portugal: Publicações Europa-América, 1973.

_____ *Introdução ao pensamento complexo.* São Paulo: Editora Lisboa, 1990.

_____ *Terra Pátria.* Porto Alegre: Sulina, 1995.

_____ Epistemologia da complexidade. In Schinitmann, D.(org) *Novos paradigmas, cultura e subjetividade.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PIERI, P.F. *Dicionário Junguiano*. São Paulo: Paulus, 2002.

PRÉFAT, J. R. *Envelhecer.* São Paulo: Paulus, 1997.

DEPRESSSÃO NA TERCEIRA IDADE

Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues [16],
Deomara Cristina Damasceno,
Liliana Cremaschi Leonardi [17]

Existe um aumento significativo no aumento da expectativa de vida em todo o mundo o que implica em elevação progressiva no número total de idosos na população, sendo que nos países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, este crescimento tem ocorrido de formais mais acelerada.

A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, pesquisas[i] estimam um crescimento, entre 1960 e 2020 em 760% o crescimento do número de idosos, o que significa um estreitamento na base da pirâmide populacional, pois o número de jovens apresenta um crescimento de 166%. Frente este incremento a proporção de idosos deverá duplicar até 2050, alcançando 15% da população brasileira. O Brasil deverá passar, entre 1960 e 2025, da 16ª para a 6ª posição mundial em termos absolutos de indivíduos com 60 anos ou mais.

Estes dados indicam mudanças no perfil epidemiológico das doenças e impõe novos problemas e desafios à atenção a saúde, notadamente em relação às doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais. No que tange a depressão, constitui um grave problema de saúde pública pois implica em importante comprometimento da qualidade de vida e incremento da morbidade e mortalidade, com o agravante que de que muitos quadros depressivos no idoso não são diagnosticados pelos profissionais da saúde.

Estudos epidemiológicos da prevalência de depressão em idosos, apontam para a magnitude da questão, ao redor de 15% segundo o NIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life de 1992 (citado por Stoppe, 2004)[ii]. Segundo Veras e Coutinho[iii] para depressão entre os idosos, o estudo mais citado na literatura, realizado por Gurland e col, nas cidades de Nova York e Londres, apresentou uma prevalência de 13%, sendo que para a desordem afetiva severa foi de 2,5%. Na Inglaterra, num

[1] Médico psiquiatra, Prof. Dr. do Departamento de Psicologia do IPUSP, Coordenador do Laboratório Sujeito e Corpo (SuCor) do IPUSP.
[17] Psicólogas, Membros Colaboradores do Laboratório Sujeito e Corpo (SuCor) do IPUSP.

estudo recente[iv] a prevalência foi de 13,5%.No Brasil, encontram-se cifras semelhantes, segundo Almeida et al.[v], o processo acelerado de envelhecimento da população brasileira ao longo dos últimos anos contribui para aumentar a freqüência de problemas de saúde associados à terceira idade. Entre estes se destacam os problemas de saúde mental como depressão e demência; depressão (41,9%) e demência (24,2%) foram os diagnósticos mais freqüentes; para Snowdon[vi] a maioria dos estudos de prevalência de transtornos depressivos entre idosos que requerem intervenção clínica indica que mais de 10 por cento dos idosos apresentam quadros depressivos, sendo que a doença física é um dos fatores de risco mais significativos, embora assinale que esta associação contribui para impedir os clínicos de reconhecerem a depressão. Oliveira[vii], em pesquisa realizada em Salvador, encontrou um percentual de 28,9%, o que ser considerado bastante elevado numa unidade básica de Saúde. Os números podem não ser diferentes quando se avalia a presença de depressão em populações fora do espaço das unidades de atendimento à saúde, Leite[viii] pesquisou a presença de manifestações depressivas em idosos que freqüentaram o Programa de Universidade Aberta à Terceira Idade, da Universidade Federal de Pernambuco e encontraram um percentual, importante, de 24,02%. No entanto, é imperativo, destacar que estudos demonstram uma incidência de depressão menor em populações que freqüentam programas de universidade da terceira idade, conforme destacado por Irigarai e Schneider[ix].

Estes dados nos informam que a depressão nos idosos é um problema significativo de saúde e deveria ser parte integrante na avaliação inicial de qualquer paciente idoso.

Além do sofrimento que provoca em seus portadores, a ameaça que representa por incrementar a morbidade e mortalidade, por predispor à doenças e por constituir fator de pior prognóstico em muitas doenças, muitas vezes provoca incapacidade e sobrecarga à família e cuidadores, sendo que seus sintomas, com freqüência, não são reconhecidos pela comunidade onde vivem e por profissionais da saúde, notadamente porque ocorrem concomitantemente a diferentes doenças físicas, portanto associadas a múltiplos sintomas e costumam se manifestar com alterações, nem sempre muito marcantes, do humor, perda de apetite, falta de energia e distúrbios de sono.

A depressão é um transtorno multifatorial que decorre, em graus variáveis, de fatores biológicos e psicossociais, os critérios para depressão, segundo a Organização Mundial de Saúde em seu CID-10[x] são os seguintes: “rebaixamento do humor, redução

da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral a fadiga acentuada. Observam-se problemas de sono e alterações do apetite. Existe quase sempre diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente idéias de culpabilidade e/ou indignidade e pode se acompanhar de sintomas ditos de "somáticos", como perda do interesse ou prazer, despertar matinal precoce, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora acentuada, agitação, perda do apetite, perda de peso e do apetite". No idoso deprimido encontramos maior grau de hipocondria e de ansiedade com manifestações somáticas, com tendência em supervalorizar os sintomas físicos e um aumento do consumo de medicamentos e da procura por serviços de saúde. Vale destacar que o idoso com freqüência apresenta como diagnóstico a distimia, sendo que costumeiramente é tido como um traço ou comportamento típico do idoso na idéia de que é ranzinza, mal-humorado, pessimista e desanimado, o que contribui para a dificuldade no diagnóstico.

Não constitui uma entidade homogênea e, em linhas gerais podemos categorizar as depressões no idoso de inicio precoce e tardio.

A depressão de inicio precoce, costuma iniciar na fase adulta, ao redor da quarta década da vida e apresenta recorrências, em freqüência e intensidade variáveis, na terceira idade, tem uma forma de apresentação, evolução e prognóstico em muito semelhante a depressão que ocorre em outras fases da vida.

A depressão de inicio tardio, estão associadas com diversos fatores físicos, que abordaremos mais adiante e psicossociais tais como, o não se sentir pertencendo ao mundo "produtivo" como na aposentadoria e afastamento de atividades laborais o que pode comprometer a auto-estima e diminuir o interesse pelo dia-a-dia, a perda ou diminuição importante da autonomia e do convívio social, com afastamento de familiares, viuvez, perda de amigos, filhos e outras pessoas significativas, acentuação de problemas econômicos, do declínio da saúde física com surgimento de doenças que implicam em limitações ou incapacitações, presença de dor, sofrimento e vivência de ameaça ao bem estar e integridade, aliás a própria percepção, por parte do idoso, de sua fragilidade física pode ser um dos fatores no desenvolvimento de um quadro depressivo[9]. O estudo, anteriormente citado, de Oliveira[7] encontrou relação positiva entre sintomas depressivos com os seguintes aspectos: idade, estado civil, história migratória, percepção de perdas, convivência, atividade, renda própria, manutenção

individual, manutenção familiar, deambulação, acuidade visual, acuidade auditiva, percepção do estado de saúde.

Pesquisas[xi] desenvolvidas por membros do Laboratório Sujeito e Corpo (SuCor) do IPUSP, foram realizadas em idosos institucionalizados, buscou-se avaliar a qualidade de vida e presença de depressão nestas idosas. Foram utilizados como instrumentos quantitativos, as escalas de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), além de instrumentos qualitativos como, entrevistas semi-dirigidas e a utilização de um instrumento de avaliação psicodiagnóstica e de intervenção clínica, especialmente desenvolvido nesta investigação clínica, que foi denominado de "caixa lúdica old"[xii].

Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref), cuja versão em português foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, é um instrumento composto por 26 questões e considera os últimos quinze dias vividos pelos respondentes, tem como objetivo captar a percepção que tem os indivíduos de suas necessidades estão sendo satisfeitas, ou ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização[xiii]. Este instrumento utilizado, recentemente, em um estudo com idosos por Pereira et al.[xiv] A Escala de Depressão Geriátrica (GDS), pretende investigar a presença de sintomas depressivos nas entrevistadas. Esta escala consta de 30 questões fechadas (sim ou não) e é um dos instrumentos mais freqüentemente utilizados para a detecção de depressão em idosos[xv],[xvi] .

Novo instrumento diagnóstico e de intervenção - "caixa lúdica old" (CLO): Baseado na experiência desenvolvida na pesquisa sobre qualidade de vida em idosas, sentimos a necessidade de desenvolver um instrumento voltado à realidade desta crescente população. Partindo do modelo da caixa lúdica infantil, percebemos que a utilização de uma caixa seria interessante somada à alguns ajustes que se fizeram necessários. Optamos por apresentar uma caixa (de sapato com tampa removível) sem estímulos e a partir da concepção de que cada indivíduo é um ser único, sugerimos a cada uma das idosas que depositasse na sua caixa objetos de sua preferência, possibilitando a expressão simbólica peculiar de seus conteúdos, estando a mesma referenciada às condições e aos valores existentes no ambiente em que envelhecem e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário. As características desta técnica permitem a aproximação à realidade do idoso, sendo

importante para o entendimento, manejo, intervenção e caráter preventivo, independente das condições de sáude e normalidade dos sujeitos. As idosas preencheram as caixas segundo o que acreditavam ser importante para defini-las, além de memórias, objetos, ou mesmo papéis escritos simbolizando os objetos.A caixa foi utilizada com 11 idosas após a testagem padronizada (Entrevista, Gds e whoqool bref). Um outro enfoque permitiu sua utilização em 3 encontros , uma vez por semana, com 2 idosas. Concluímos que o recurso lúdico forneceu um aparato motivacional que facilitou a intervenção terapêutica, envolvendo criatividade, curiosidade, liberdade de expressão, persistência, coragem, ousadia, favorecendo o resgate de experiências, sensibilização e contextualização destas a partir de uma perspectiva de acolhimento e valorização das múltiplas expressões do mundo interno.

Os dados coletados foram analisados e tratados qualitativamente, a partir das observações de campo, da análise do conteúdo das respostas dadas pelas entrevistadas, da aplicação da nova técnica de intervenção psicodiagnóstica (CLO), e quantitativamente, a partir da análise dos dados obtidos das entrevistas e das pontuações das escalas de avaliação de depressão (GDS) e de qualidade de vida (WHOQOL-bref).

De modo geral, conclui-se que a aplicação das escalas não deve ser de forma alguma dissociada das análises qualitativas das respostas das idosas, observações e anotações realizadas a campo, pois além dos dados quantitativos, a análise qualitativa complementa a interpretação dos mesmos, principalmente, no que se refere à influência dos aspectos cognitivos das idosas no momento da aplicação das escalas. A consideração do momento da fala do paciente, se a entrevista ocorre depois da visita de um parente, após uma data comemorativa, ou discussão com alguma idosa da instituição, ou insatisfação com algum funcionário, ou até mesmo, uma data que anteceda um evento marcante mostraram-se relevantes, pois esses eventos podem aguçar em algumas idosas sentimentos de inveja, ciúme ou até raiva em relação à outra, se uma recebe visita e outra, não ou se uma recebe um presente e outra, não ou se uma tem a possibilidade de sair com parentes e outra, não.

No tocante à avaliação da percepção das idosas quanto à qualidade de vida, demonstrou-se a necessidade de uma intervenção psicológica na instituição, principalmente, no sentido de promover uma maior integração entre família, a

instituição e a própria idosa, pois as idosas sentem-se abandonadas por seus familiares e que perderam sua autonomia.

Na depressão de inicio tardio, dentre os fatores físicos associados podemos citar: alterações estruturais do SNC como, dilatação ventricular, atrofia cortical e lesões vasculares, observa-se que pacientes que apresentam história de acidente vascular cerebral ou de demência vascular tendem a apresentar uma prevalência de depressão bastante pronunciada[2], embora seja importante destacar que a sobreposição dos sintomas depressivos e manifestações clínicas e neurológicas decorrentes da lesão cerebral podem suscitar algumas dúvidas quanto a frequencia e abrangência do diagnóstico de depressão nesta população[xvii]. É recomendável que pacientes idosos com depressão recebam um "olhar" diferenciado para eventual surgimento de alterações cognitivas. Vale destacar que alguns destes pacientes podem apresentar alterações cognitivas que sugerem quadros demenciais mas que regredim com o tratamento adequado, são denominadas de pseudodemência que se caracteriza e diferencia da demência nos seguintes aspectos clínicos: 1) O início pode ser datado com precisão; 2) Rápida progressão dos sintomas; 3) O paciente queixa-se, em geral com ênfase do comprometimento cognitivo; 4) Tais queixas são detalhadas e salientadas; 5) Paciente faz pouco esforço para realizar tarefas; 6) Pacientes comunicam e enfatizam o seu sofrimento; 7) As mudanças afetivas são globais; 8) Habilidades sociais são precoces e proeminentes; 9) O comportamento não é congruente com a gravidade dos alterações cognitivas; 10) Comum acentuação dos sintomas cognitivos no período noturno; 11) atençao e concentração estão preservada; 11) Em teste de orientação é comum o "não sei". 12) Perda da memória para fatos recentes e remotos é grave; 13) Falhas de memória para fatos ou eventos específicos; 14) Variabilidade no desempenho em tarefas com graus de dificulades similares[xviii].

Com freqüência a depressão está associada à doença física, podendo agravar ou desencadear quadros clínicos, pode provocar alterações imunológicas e ser fator de risco para doenças cardiovasculares e está associada a um aumenta da mortalidade em pacientes com história de infarto do miocárdio[xix]. Estudos demonstram a possibilidade da associação de depressão em paciêntes com câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite reumatóide, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, lesão em extremidades por quedas e obesidade. Por outro lado, há o reconhecimento da depressão como um fator que leva a pior evolução de algumas doenças, como já vem sendo relatado a algum tempo, em outras patologias, como

diabetes, câncer, infarto do miocárdio e, em pacientes internados em enfermarias gerais[xx].

Algumas depressões são secundárias a condição física do idoso como hipotiroidismo ou carcinomas e ao uso de medicamentos, dentre estes podemos citar: betabloquadores, anti-hipertensivos, benzodiazepínicos, antipsicóticos, quimioterápicos, barbitúricos, esteróides, L-dopa, entre outros[2,18] .

Pesquisas recentes têm mostrado de forma consistente que indivíduos com doenças clínicas que estão deprimidos apresentam menor adesão aos tratamentos propostos, menor cuidado consigo mesmo, maior prejuízo funcional, diminuição da qualidade de vida, aumento nos custos do tratamento e pior prognóstico com maiores morbidade e mortalidade[20].

As questões da capacidade funcional e autonomia do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida. Todos estes dados reforçam a noção de que o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, caso estes anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde[1].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] ALMEIDA, O P., ALMEIDA, S. A . - CONFIABILIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE DEPRESSÃO EM GERIATRIA (GDS) VERSÃO REDUZIDA. **Arq. Neuro-Psiquiatr. vol.57 n.2B São Paulo June 1999**.

[1] ALMEIDA, OSVALDO P; GARRIDO, REGIANE; TAMAI, SÉRGIO - Unidade para idosos (UNID) do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo: características clínicas de pacientes atendidos em nível ambulatorial**. J. brás. Psiquiatr.; 47(6):291-296, jun. 1998.**

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública vol. 31 no. 2 São Paulo Apr. 1997.**
doença clínica. **J Bras Psiquiatr, 55(1): 8-19, 2006**

[1] DASMASCENO, D.; LEONARDI , L. C. ; RODRIGUES, AL.- Idoso e Qualidade de Vida - Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde (9.:2007:São Bernardo do Campo, SP).

Caderno de Resumos do IX Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde/organização de Mirlene Maria Matias Siqueira, Marília Martins Vizzotto, Izildinha Martins. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2007. CDD 157 201 p.

[1] FURLANETTO, L. M. ; BRASIL, M. A . - Diagnosticando e tratando depressão no paciente com

[1] IRIGARAY, T.Q. ; SCHENEIDER, R.H. – Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade da Terceira Idade. **RevPsiquiatr RS ;29(1):19-27, 2007**.

[1] KAPLAN, H.; SADOCK, B.J. – Compêndio de Psiquiatria : Ciências Comportamentais – Psiquiatria Clínica; Trad.: Dayse Batista – Porto Alegre Artes Médicas Sul, 1993.

[1] LEITE, Valéria Moura Moreira et al . Depression and aging: study comprising participants of the "Senior Citizens Open University". **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** , Recife, v. 6, n. 1, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

[1] LEONARDI , L. C ; DASMASCENO, D.; RODRIGUES, AL - Desenvolvimento da Caixa Lúdica Old - uma nova técnica de intervenção junto aos idosos - Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde (9.:2007:São Bernardo do Campo, SP). **Caderno de Resumos do IX Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde**/organização de Mirlene Maria Matias Siqueira, Marília Martins Vizzotto, Izildinha Martins. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2007. CDD 157 201 p.

[1] LINDESAY, J. BRIGGS, K.; MURPHY, E. The Guy's Age Concern Survey: prevalence rates of cognitive impairment, depression and ansiety in a urban elderly community. ***Brit. J. Psychiat.,* 155: 317-29, 1989**

[1] NAHSHONI, E.; ARAVOT, D.; AIZENBERG, D. ET AL. – Heart rate variability in patients with major depression. **Psychosomatics; 45:129-34, 2004.**

[1] OLIVEIRA, M. R. - Depressão na velhice: aspectos epidemiológicos. Apresentada a Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem para obtenção do grau de Mestre.Salvador; s.n; 1993. 126p.

[1] Organização Mundial de Saúde : Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

[1] Organización Mundial de la Salud: Promoción de la salud: glosario. Genebra: OMS; 1998.

[1] PEREIRA R.J., COTTA, R.M.M., FRANSCESCHINI, S.C.C., ET AL. – Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **RevPsiqiatr RS; 28(1):27-38, jan/abr 2006.**

[1] ROCHA E SILVA CE ET AL.- Depressão pós-acidente vascular cerebral: prevalência, curso,diagnóstico e psicopatologia. **J Bras Psiquiatr 54(4): 318-326, 2005.**

[1] SNOWDON, J. Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? **RevBrás. Psiquiatr; 24 (supl.1):42-47, abr. 2002.**

[1] STOPPE JR., A . Depressão em idosos. São Paulo: Lemos Editorial, 2004.

[1] STOPPE JR.; JACOB FILHO, W.; LOUZÃ NETO, M. R. - Avaliação de depressão em idosos através da "Escala de Depressão em Geriatria": resultados preliminares. **Rev. ABP-APAL;16(4):149-53, out.-dez. 1994.**

[1] VERAS, R. P. , COUTINHO, E. DA S. F. - Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. **Rev. Saúde Pública vol.25 no.3 São Paulo June 1991**

ENFRENTAMENTO DE EVENTOS ESTRESSANTES E DEPRESSSÃO EM IDOSOS

Andréa Cristina Garofe Fortes Burgos
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Eventos de vida são acontecimentos significativos, que ocorrem num momento particular, causando algum tipo de impacto na vida do indivíduo (Davies, 1996). Tais eventos marcam a passagem para novas formas de adaptação da personalidade, e são ocorrências normais do desenvolvimento humano. Baltes et al. (1980) classificaram os eventos de vida em *normativos* e *não-normativos*. Os *eventos normativos* podem ser *graduados por idade* – cuja ocorrência é esperada numa determinada época (como a menarca, a menopausa) ou esperada em determinada sociedade (como a entrada na escola, a aposentadoria); e podem ser *graduados por história* – cuja ocorrência é comum ou esperada para determinada coorte ou contexto histórico (acontecimentos sociais como guerras, movimentos culturais, etc.). Os *eventos não-normativos*, por sua vez, são chamados de eventos críticos ou idiossincráticos (Diehl, 1999), pois são imprevisíveis e podem marcar a vida de um indivíduo em particular (como os acidentes, doenças repentinas, ganhar na loteria).

Com o envelhecimento, aumenta a probabilidade de ocorrência de eventos inesperados relacionados à saúde e ao bem-estar e relacionados à vida de entes queridos (Baltes, 1987), a diminuição da resiliência física, da capacidade de adaptação geral do organismo, e da plasticidade comportamental (Baltes, 1997). Algumas destas ocorrências são vividas como eventos estressantes, os quais representam fatores de risco para o desencadeamento de doenças psicopatológicas e para o agravamento de ouras condições físicas (Theorell, 1974). Estudos recentes têm buscado correlacionar os eventos estressantes com estados depresssivos em diferentes grupos etários e, particularmente, entre idosos (Dixon e Reid, 2000; Nolen-Hoeksema e Ahrens, 2002; Fortes-Burgos, Neri e Cupertino, 2007).

Entre os estudiosos do envelhecimento, existe forte interesse quanto à identificação de fatores relacionados com o início ou o agravamento de estados

depresssivos, chamados fatores psicossociais de risco para a depresssão. Tais fatores estão principalmente relacionados com o contexto ambiental e com processsos psicológicos e sociais (Kelsey et al, 1996), sendo que na velhice, os mais comuns são: eventos de vida estressantes e dificuldades crônicas, morte de cônjuge ou de um ente querido, doenças e prejuízos médicos, declínio funcional e incapacidades, falta de contato social (Bruce, 2002), suporte social deficitário e solidão (Prince et al, 1997). Muitos aspectos psicossociais tradicionalmente ligados ao envelhecimento são considerados como fatores de risco para o desenvolvimento da depresssão. A pobreza, que gera dificuldades relacionadas aos cuidados com a saúde e outros estressores psicossociais tem sido associada a distúrbios de humor na velhice (Blazer et al, 1991; Weissman et al, 1991), assim como as perdas sociais – habilidade para o trabalho, perdas de papéis, mudanças nas redes sociais (Wolfe, Morrow e Frederickson, 1996).

Os eventos de vida estressantes podem representar um fator de risco para o desenvolvimento ou o agravamento de sintomas depresssivos, devido ao grande potencial de evocar e intensificar emoções negativas (Brown e Harris, 1978; Brown, 1989; Leventhal et al, 1997) e gerar sentimentos de mal-estar psicológico (Sparrenberger, Santos e Lima, 2004), e por representarem uma ruptura no curso normal de vida, exigindo um reajustamento pessoal frente à mudança (Holmes e Rahe, 1967; Dohrenwend et al, 1978). Os eventos mais comumente relacionados com depresssão são situações que envolvem perdas pessoais, perdas na auto-estima e situações de humilhação (Farmer e McGuffin, 2003).

Pesquisadores e clínicos reconhecem que, não necessariamente, eventos de vida, problemas de saúde e incapacidade produzem depresssão. Isso significa que é possível encontrar idosos na comunidade e em instituições que, mesmo afetados por perdas e desafios acarretados pelo envelhecimento, mantêm um senso positivo de bem-estar subjetivo e não são deprimidos. Pesquisas têm mostrado que processsos psicológicos, entre os quais estratégias de enfrentamento, avaliação cognitiva de eventos estressantes e senso de auto-eficácia em relação ao enfrentamento de eventos estressantes respondem por parte da variância relativa à depresssão entre idosos.

De acordo com a abordagem interacionista de Lazarus e Folkman (1984), as estratégias de enfrentamento são esforços cognitivos e comportamentais, em constante mudança, para lidar com demandas internas e externas, avaliadas como superiores aos

recursos pessoais. Isso significa que a avaliação e percepção que o indivíduo tem das demandas do evento e dos seus recursos pessoais determinarão quais estratégias de enfrentamento a serem utilizadas diante de um evento estressante.

Existem inúmeras formas ou tipos de estratégias. Estudos que avaliaram o enfrentamento entre idosos, identificaram as seguintes categorias de estratégias: enfrentamento focalizado no problema, focalizado na emoção, suporte social, enfrentamento religioso e busca de um significado para o problema (Aldwin e Gilmer, 2004), e enfrentamento com foco em expressão de emoções negativas, controle ambiental, religiosidade, esquiva, inibição das emoções (Fortes-Burgos, Neri e Cupertino, 2007).

Sabe-se que a depresssão acarreta prejuízos consideráveis para a qualidade de vida na velhice. Além de comprometer aspectos do funcionamento físico, a depresssão afeta a qualidade dos relacionamentos sociais e familiares, a adesão a tratamentos e o bem-estar subjetivo, e pode constituir-se num fator de risco para a própria vida dos idosos. Por exemplo, a depresssão tem sido considerada como o principal fator psicológico associado ao suicídio entre eles (Lapierre et al, 1992; Draper, 1994; McIntosh et al, 1994).

Os estudos epidemiológicos da depresssão entre idosos utilizam-se de dados provenientes de registros psiquiátricos, de instituições hospitalares e asilares e da observação de indivíduos residentes na comunidade. As taxas de prevalência de depresssão variam de acordo com a população observada, sendo notadamente superiores entre os idosos hospitalizados (35%) e asilados (7% a 14%) (Carvalho & Fernandez, 2002). Na população geral, uma proporção de cerca de 1% a 8% dos idosos preenchem os critérios clínicos para depresssão maior, segundo o DSM-IV e o CID-10, e cerca de 10% a 15% apresentam sintomas depresssivos auto-relatados, que requerem algum tipo de tratamento (Gurland e Cross, 1982; O'Hara et al, 1985; Blazer, Hughes e George, 1987; Cappeliez, 1988; Ruegg et al, 1988; Livingston e Hinchliffe, 1993; van Marwijk, 1995; Beekman et al, 1997). Pesquisas nacionais que usaram instrumentos de rastreamento de estados depresssivos baseados em auto-relato apontaram uma prevalência de depresssão que varia entre 33,8% (Tavares, 2004), 47,5% (Galdino, 2000) e 48% (Ramos e Saad, 1990), entre idosos residentes na comunidade. Ballone (2002) ressalta que a prevalência de depresssão é três vezes

maior em idosos com algum grau de incapacidade funcional, comparados com aqueles que não apresentam tal condição.

Estudo brasileiro avaliou a correlação entre eventos estressantes, estratégias de enfrentamento e depresssão entre idosos residentes na comunidade (Fortes-Burgos, Neri e Cupertino, 2007). O enfrentamento do estresse foi fator de maior influência para depresssão do que os outros fatores investigados (OR=3.48; p<0.001). Isso significa que os idosos deprimidos são aqueles que adotaram como estratégias de enfrentamento do estresse comportamentos de risco ou excessos comportamentais (como uso de remédios para controlar ansiedade e depresssão, abuso de substâncias – drogas, álcool – e comida), e expressões emocionais negativas contra os outros (como hostilidade e agressividade). Tais comportamentos, cujo foco está na expressão das emoções, podem ser úteis a curto prazo, no momento em que a pessoa está enfrentando uma situação estressante. Porém, a médio e longo prazo, investir nesse tipo de comportamento pode acarretar prejuízos à saúde física (no caso de abuso de substâncias, ou mesmo comida em excesso), problemas nos relacionamentos interpessoais, ou ainda, problemas emocionais (gerados por punição administrada pelos outros, ou por atitudes de isolamento e de não-aceitação do problema).

Considerações finais

As evidências acerca dos processsos envolvidos na depresssão na velhice contribuem para o crescimento conceitual e metodológico e para o aperfeiçoamento de procedimentos de intervenção em Gerontologia. Considerar a depresssão como um fator de risco para o bem-estar pessoal tem sido ponto de partida de inúmeras investigações neste campo, com o objetivo de identificar os aspectos predisponentes à depresssão e os procedimentos mais apropriados à prevenção e ao tratamento. Ao considerar a depresssão entre idosos, é importante levar em conta as peculiaridades desse grupo etário quanto à origem e à manifestação de sintomas depresssivos e de depresssão clínica. Além disso, os estudos devem considerar os idosos na totalidade de aspectos de sua experiência, incluindo na análise da depresssão aspectos psicológicos, sociais e clínicos.

REFERÊNCIAS:

Aldwin, C. M.; Gilmer, D. F. *Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychological Perspectives.* California: Sage Publications, 2004.

Ballone, G. J. Depresssão no idoso. In: *PsiqWeb Psiquiatria Geral*. 2002. Disponível em http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=16&art=67. Acesso em 20 julho 2007.

Baltes, P. B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dinamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 5: 611-626, 1987.

Baltes, P. B. On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of development theory. *American Psychologist*, 52 (4): 366-380, 1997.

Baltes, P. B.; Reese, H. W.; Lipsitt, L. P. Life-span developmental psychology. In. Baltes, P. B. e Brim, Jr., O. G. (orgs.). *Annual Review of Psychology*, 31, pp.65-110, 1980.

Beekman, A. T. F.; Deeg, D. J. H.; Van Tilburg, T. G.; Schoevers, R. A.; Smit, J. H.; Hooijer, C.; Van Tilburg, W. Depresssion in the elderly in the Dutch community: A study of prevalence and risk factors. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39: 294-307, 1997.

Blazer, D. G.; Hughes, D. C.; George, L. K. The epidemiology of depresssion in an elderly community population. *The Gerontologist*, 27: 281-287, 1987.

Blazer, D. G.; Burchett, B.; Service, C.; George, L. K. The association of age and depresssion among the elderly: An epidemiologic exploration. *Journals of Gerontology,* 46 (6): 210-215, 1991.

Brown, G. W. (1989). Life events and measurements. In: Brown, G. W. & Harris, T. O. (eds.). *Life Events and Illness.* New York: Guilford Press, 1989. Pp.3-45.

Brown, G. W.; Harris, T. *Social origins of depresssion: A study of psychiatric disorder in women.* London: Tavistock, 1978.

Bruce, M. L. Psychosocial risk factors for depresssive disorders in late life. *Biological Psychiatry*, 52: 175-184, 2002.

Cappeliez, P. Some thoughts on the prevalence and etiology of depresssive conditions in the elderly. *Cannadian Journal on Aging*, 7: 431-440, 1988.

Carvalho, V. F. C.; Fernandez, M. E. D. Depresssão no Idoso. In: Netto, M. P. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2002.

Davies, A. D. M. Life event, health, adaptation and social support in the clinical psychology of late life. In: Wood, R. T. (ed.). *Handbook of the Clinical Psychology of Aging*. New York: Wiley, 1996.

Diehl, M. Self-development in adulthood and aging: The role of critical life events. In: Ryff, C. D. & Marshall, V. W. (orgs.). *The self and the society in aging processses*. New York: Springer, 1999. Pp.150-183.

Dixon, W. A.; Reid, J. K. Positive life events as a moderator of stress-related depresssive symptoms. *Journal of Counseling and Development*, 78, pp.343-347, 2000.

Dohrenwend, B. S.; Krasnoff, L.; Askenasy, A.; Dohrenwend, B. P. Exemplification of a method for scaling life events: The PERI life events scale. *Journal of Health and Social Behaviour,* 19: 205-229, 1978.

Draper, B. Suicidal behaviour in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry,* 9: 655-661, 1994.

Farmer, A.; McGuffin, P. Humiliation, loss and other types of life events and difficulties: a comparison of depresssed subjects, healthy controls and their siblings. *Psychological Medicine*, 33: 1169-1175, 2003.

Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L.; Cupertino, A. P. F. B. (2007, no prelo). Eventos estressantes, enfrentamento e auto-eficácia do enfrentamento entre idosos residentes na comunidade: Dados do PENSA. *Psicologia: Reflexão e Critica*.

Galdino, J. M. S. *Ansiedade, depresssão e coping em idosos.* São Paulo, 2000. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo.

Ramos, L. R.; Saad, P. Morbidity among the aged. In: SEADE (Fundação Sistema estadual de Análise de Dados) (ed.), *Profile of the elderly in São Paulo*. São Paulo, Brazil: SEADE, 1990. Pp.161-172.

Gurland, B. J; Cross, P. S. Epidemiology of psychopathology in old age: Some implications for clinical services. *Psychiatric Clinics of North America*, 5: 11-26, 1982.

Holmes, D.; Rahe, R. The social readjustment rating scale. *Journal of Psicosomatic Research*, 11: 213-218, 1967.

Kelsey, J. L.; Whittemore, A. S.; Evans, A. S.; Thompson, W. D. *Methods in observational epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1996.

Lapierre, S.; Pronovost, J.; Dube, M.; Delisle, I. Risk factors associated with suicide in elderly persons living in the community. *Canada's Mental Health*, 40: 8-12, 1992.

Lazarus, R. S.; Folkman, S. *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer, 1984.

Leventhal, H.; Patrick-Miller, L.; Leventhal, E. A.; Burns, E. A. Does stress-emotion cause illness in elderly people? In: Schaie, K. W. & Lawton, M. P. (eds.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, vol. 17 – Focus on Emotion and Adult Development.* Philadelphia, Pennsylvania: Springer, 1997.

Livingston, G.; Hinchliffe, A. C. The epidemiology of psychiatric disorders in the elderly. *International Review of Psychiatry*, 5: 317-326, 1993.

McIntosh, J. L.; Santos, J. F.; Hubbard, R. W.; Overholser, J. C. Special high-risk factors in suicide among older adults. In: McIntosh, J. L., Santos, J. F., Hubbard, R. W & Overholser, J. C. (eds.), *Elder suicide: Research, theory, and treatment* Washington, DC: American Psychological Association, 1994. Pp. 101-131.

Nolen-Hoeksema, S.; Ahrens, C. Age differences and similarities in the correlates of depresssive symptoms. *Psychology and Aging,* vol.17, 1, pp. 116-124, 2002.

O'Hara, M. W.; Kohout, F. J.; Wallace, R. B. Depresssion among the rural elderly: A study of prevalence and correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 173: 582-589, 1985.

Prince, M. J.; Harwood, R. H.; Blizard, R. A.; Thomas, A.; Mann, A. H. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depresssion in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27: 323-332, 1997.

Ruegg, R. G.; Zisook, S.; Swerdlow, N. R. Depresssion in the aged: An overwiew. *Psychiatric Clinics of North America*, 11: 83-99, 1988.

Sparrenberger, F.; Santos, I.; Lima, R. C. Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: Um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 29 (1): 249-258, 2004.

Tavares, S. S. *Sintomas depresssivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes.* Campinas, 2004. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

Theorell, T. Life events before and after the onset of a premature myocardial infarction. In. Dohrenwend, B. S. e Dohrenwend, B. P. (orgs.). *Stressful life events: Their nature and effects.* Nova York: Wiley, 1974.

Van Marwijk, H. W. J. *Depresssion in the elderly as seen in general practice: Prevalence, diagnosis and course*. Unpublished doctoral dissertation, Leiden University, Leiden, The Netherlands, 1995.

Weissman, M. M.; Bruce, M. L.; Leaf, P. J.; Florio, L. P.; Holzer, C. (1991). Affective disorders. In: Robins, L. N. & Regier, D. A. (eds.). *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press, 1991. Pp. 53-80.

Wolfe, R.; Morrow, J.; Frederickson, B. L. Mood disorders in older adults. In: Carstensen, L. L., Edelstein, B. A. & Dornbrand, L. (eds.). *The Practical Handbook of Clinical Gerontology.* London: SAGE, 1996.

6ª PARTE

PÔSTERES

PROJETO DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO

RELATO DE UM CASO DE ESCLEROSE TUBEROSA ASSOCIADA A AUTISMO

Susan Meire Mondoni[1], Carolina Rabello Padovan[2]
e Francisco Baptista Assumpção Junior[3]

[1] Médica Psiquiatra da Infância e Adolescência, Assistente do Núcleo de Pesquisas e Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica (NUFOR) do IPq-HC-FMUSP, Mestranda do IP-USP. [2] Estudante de Graduação do IPUSP. [3] Professor Associado do IPUSP, Professor Livre Docente pela FMUSP.

Introdução

Autismo é um distúrbio do neurodesenvolvimento, geneticamente heterogêneo e início na primeira infância com prejuízos na comunicação e interação social, caracterizado por presença de padrões restritos e estereotipados de interesses e atividades. Esclerose Tuberosa é uma síndrome genética autossômica dominante, podendo se associar a ele (Wong, 2006). Este trabalho relata um caso de Esclerose Tuberosa associada a Autismo e Retardo Mental atendido no Projeto Distúrbios do Desenvolvimento (PDD).

Relato de Caso

JFG, feminino, branca, 8 anos de idade, parto de termo, a fórceps, cianótica. Com 1mês e 6 dias convulsões tipo grande mal, de difícil controle. Em uso de anticonvulsivantes (ácido valpróico 900 mg/dia, topiramato 150 mg/dia, clobazam 15 mg/dia e propranolol 10 mg/dia) tem melhora parcial do quadro (diminuição de 60%). Sem histórico familiar psiquiátrico, neurológico ou genético. Comprometimento cognitivo acentuado, não fala, dependente de cuidados diários básicos, agitação e agressividade, melhoradas com metilfenidato (20 mg/dia).

Dificuldade no estabelecimento de vínculos, não se comunica (verbal ou visualmente), estereotipias motoras, ausência de controle esfincteriano. DNPM: andou = 2 anos, não fala. **Exame psíquico**: vigil, sem orientação têmporo-espacial. Alheia, sem alterações sensoperceptivas. Contato visual precário sem ressonância afetiva. Impaciente, inquieta, irritada. Déficit de sociabilidade (isolamento, sem contato visual, desinteresse pelo outro), alterações de linguagem (sem linguagem verbal expressiva) e déficit de mo-tilidade (estereotipias: balanceio e *flapping*). **Exame clínico:** manchas acrômicas lombo-sacras e castanho-avermelhadas em região malar. Ecodoplercardiograma: 3 massas em VD (maior com 30x11mm) e 3 em VE (2 aderidas ao septo anterior, pequenas e 1 no músculo papilar antero-lateral, com 11x10mm), sem repercussões hemodinâmicas e presença de refluxo tricúspide mínimo. ECG = ritmo sinusal sugestivo de sobrecarga ventricular direita.CARS (Schopler, Renner; 1988) = 42 (autismo grave). QS (Vineland - Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984) = 25 (retardo mental profundo). **Diagnóstico** (DSM-IV; 1995): **Eixo I***: autismo: alterações na sociabilidade, linguagem e motilidade.* **Eixo II:** retardo mental grave. **Eixo III:** Esclerose Tuberosa.**Eixo IV:** *família desorganizada com pai pouco presente e mãe afetiva.* **Eixo V:** criança dependente nas AVD. Score AGF = 10.

Discussão e Conclusão

A incidência de Autismo na Esclerose Tuberosa é alta indo de 5 a 61%. A porcentagem de Esclerose Tuberosa em uma população de autistas é menor: de 3 a 4% (Wong, 2006). Evidências sugerem que o início precoce de epilepsia refratária e déficits funcionais associados com lesões nos lobos temporais podem associar-se ao autismo. Na paciente estas últimas não foram encontradas mas o início precoce de crises epilépticas graves e refratárias é típico do quadro. Estas podem relacionar-se ao prejuízo cognitivo da paciente (Fonseca, Pianetti & Xavier, 2002). Supõe-se que os sintomas autísticos podem ser reflexos diretos da “programação genética anormal”, ou seja, como as demais alterações, as alterações cognitivas, sociais e motoras, definidoras do diagnóstico estariam “programadas” para aparecerem em algum momento do curso do desenvolvimento da criança.

Referências Bibliográficas

Fonseca, L.F.; Pianetti, G.; Xavier, C.C. (2002). Síndromes Neurocutâneas. In: *Compêndio de Neurologia Infantil*. 1ª. ed. Editora Medsi.

Wong, V. MBBS, FRCP (London Edinburgh), FHKAM (Paed), FHKCPaed, FRCPCH. (2006). Study of the relationship between Tuberous Sclerosis Complex and Autistic Disorder. *J Child Neurol*, 21(3):199-204.

Síndrome de Sotos (Gigantismo Cerebral): Relato de um caso Tatiana Malheiros Assumpção (1) Vera Lucia Santini Magalhães(2) e Francisco Baptista Assumpção Jr (3)

O gigantismo cerebral não endócrino, descrito inicialmente por Sotos et al.[1] em 1964, é uma síndrome diagnosticada a partir de fenótipo com tamanho corporal grande, crescimento acelerado, idade óssea avançada, aparência facial característica e atraso de desenvolvimento.

A macrocefalia de início pré-natal está presente em 50% e, no primeiro ano de vida, em 100% dos casos 2,3,4. A aparência facial característica compreende região frontal proeminente (dolicocefalia), cabelos esparsos na região frontoparietal, fissuras palpebrais oblíquas direcionadas para baixo, hipertelorismo aparente (nem sempre confirmado pela mensuração), mandíbula proeminente, palato alto e estreito com cristas palatinas laterais proeminentes, flush facial freqüentemente no nariz, nas bochechas e região perioral e narinas antevertidas. Pode ocorrer, também, erupção prematura dos dentes. Em geral, tais características são mais evidentes na primeira infância e vão se atenuando com a idade.

Podem-se observar alteração no traçado no EEG e convulsões5, bem como dilatação discreta dos ventrículos cerebrais.

A maior parte dos casos é esporádica, mas alguns estudos sobre casos familiares sugerem transmissão autossômica dominante ou até recessiva 6,7.

O diagnóstico diferencial inclui a síndrome do X-Frágil, síndrome de Weaver, síndrome de Marfan, síndrome de Bannaya-Riley-Ruvalcaba e síndrome de Klinefelter (XXY)8.

Seu fenótipo comportamental se caracteriza por QI médio de 72 (8-119). Geralmente, ocorre atraso do desenvolvimento motor e de linguagem. São comuns atitude desajeitada, equilíbrio instável e coordenação motora ruim. Os problemas de linguagem incluem ecolalia e respostas perseverativas, entre outros. A

destreza motora específica e o desempenho verbal são particularmente retardados, podendo ser maus preditores do desempenho intelectual final. As habilidades cognitivas são muito variáveis e tendem a mostrar-se em padrões “desequilibrados”, com dificuldades particulares no processamento verbal e déficits na memória de curto prazo, raciocínio prático e abstrato e nas habilidades numéricas e de escrita. Cerca de um terço das crianças freqüenta escolas normais, mas muitas podem necessitar de ajuda adicional9. Os problemas geralmente são mais perceptíveis em casa do que na escola e incluem crises de agressividade, comportamentos ritualizados, problemas de sono, medos, falta de atenção, hiperatividade e imaturidade emocional adicionando dificuldades à socialização 10.

O objetivo deste trabalho é revisar as características desta síndrome, ilustrando-as com a descrição de um caso clínico, uma vez que está relacionada à ocorrência de retardo mental e, devido a desconhecimento dos profissionais de saúde que trabalham com essa população, pode passar despercebida.

Relato do Caso:

NCK, 7 anos, branco, natural e procedente de São Paulo – SP, filho único de pais separados, mora com a mãe, a avó materna e companheiro da avó materna.

Veio trazido pela mãe, encaminhado por fonoaudióloga que havia procurado anteriormente. A queixa principal da mãe era “hiperatividade” desde o nascimento, com piora após a separação dos pais, há 5 anos e meio.

Os sintomas relatados foram: agitação, agressividade, impulsividade, necessidade reduzida de sono e crises de birra. Já era acompanhado por neurologista desde os 7 meses de idade por apresentar episódio de crise epiléptica febril. Fez uso de fenobarbital até os 3 anos de idade. Nessa época, com uma maior agitação da criança, foi feita hipótese diagnóstica de TDAH, com prescrição de metilfenidato. Não houve melhora, sendo observado um quadro de “paralização” mal descrito pela mãe que procurou nosso serviço.

Freqüenta a 1a. série do EF e aulas de reforço. Suas professoras ressaltam inquietação e dificuldades no aprendizado, de organizar-se e relacionar-se com outras crianças. Tem melhor convívio com crianças de 2 a 3 anos e tende a

impacientar-se com os mais velhos (4 a 5 anos). Observou-se uma dificuldade motora traduzida como “ser desengonçado”. Tem maior facilidade em cumprir tarefas que tenham regras mais claras e estabelecidas. Foi notada mudança de comportamento na presença da mãe, sendo que nessas situações N se torna manhoso e “birrento”.

Exame psíquico: bem cuidado, risonho, simpático, curioso; vigil, orientado no tempo e espaço, acatando orientações e limites durante o atendimento, atenção e memória sem alterações; humor não polarizado, afeto normal; presença de inquietação psicomotora. Produziu desenhos e conversou durante o atendimento, aparentando inteligência um pouco inferior à esperada para sua idade.

Exame físico: BEG, corado, hidratado, afebril, anictérico, acianótico, eupnéico. Presença de aumento de peso e estatura, macrocefalia, bossa frontal, fissuras palpebrais em posição antimongolóide, queixo pontudo, pés planos e grandes.

Peso: 38900g (>p97%)

Altura: 134 cm (>p97%)

Perímetro Cefálico: 56 cm (>p97%)

Exames complementares:

GH: 1,3ng/dL (0,1-12,0ng/dL)

RX de mãos e punhos para avaliação de idade óssea: idade óssea dentro dos padrões esperados para idade e sexo.

Avaliação Psicológica:

a) Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland R

Pontuação Geral: 109 . Comportamento adaptativo compatível à défict moderado, recebendo na área comunicacional melhor desempenho.

b) O Teste do Desenho Como Instrumento de Diagnóstico da Personalidade (H.T.P)

Análise Geral: através de aspectos simbólicos do desenho N., representou falta de apoio, desorientação, sem firmeza, flutuação e inseguro. Indica desejo de maturação e de compreender os problemas que ocorrem em sua vida. Durante a execução apresentou comportamento desajeitado.

c)Teste de Apercepção Infantil C.A.T. com figuras de animais

Criança projetando insegurança não recebendo apoio adequadamente. Apresentou uma mãe possessiva ocasionando situações confusas. Este para se proteger se revela birrento. Necessita de apoio e orientação revelando um ego fragilizado. Revelou agitação corporal durante a aplicação do C.A.T.

Discussão:

O diagnóstico mais detalhado das causas de retardo mental fica restrito a especialistas e pesquisadores pois a maior parte dos profissionais que atuam junto a esses pacientes contenta-se com o diagnóstico de retardo apenas. A importância de um diagnóstico mais acurado excede a de um capricho acadêmico, pois a partir dele podem ser estabelecidas estratégias terapêuticas adequadas para cada caso, bem como a realização de aconselhamento genético das famílias, quando oportuno.

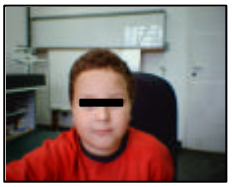
A Síndrome de Sotos é uma das causas possíveis para quadros de retardo mental leve e moderado. Deve-se pensar neste diagnóstico, que é sempre clínico, quando o paciente apresentar macrocrania, aceleração do crescimento e alterações comportamentais associadas a graus variáveis de retardo. Os exames complementares auxiliam para descartar outras causas possíveis para tal associação de sintomas, uma vez que não existe teste específico para a síndrome até o presente momento.

O tratamento desses pacientes deve ser individualizado, fazendo-se uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de acordo com as necessidades do momento. O seguimento clínico sempre se faz necessário, devido às complicações que porventura podem surgir. O aconselhamento genético em geral não é necessário, uma vez que a maior parte dos casos é de ocorrência esporádica e apenas alguns relacionam-se a alterações genéticas específicas herdadas.

Referências Bibliográficas:

1. Sotos, JF; Dodge, PR; Muirhead, D; Cerebral gigantism in childhood: a syndrome of excessively rapid growth with acromegalic features and a nonprogressive neurologic disorder; New Eng J Med 1964; 271: 109 – 16.
2. McKusick; Síndrome de Sotos: estudo de 7 casos e revisão de aspectos clínicos em 198 casos publicados; Arq Neuropsiquiatr 1991; 49: 167 – 71.

3. Poznanski, AK; Stephenson, JM; Radiographic findings in hypothalamic acceleration of growth associated with cerebral atrophy and mental retardation (cerebral gigantism); Radiology 1967; 88: 446/56.
4. Appenzeller, O; Snyder, RD; Autonomic failure with persistent fever in cerebral gigantism; J. Neurol Neurosurg Psychiatry 1969; 32: 123-8.
5. Rutter, SC; Cole, TRP; Psychological characteristics of Sotos' syndrome; Dev. Med. Child Neurol., 1991; 33:898.
6. Nevo, S; Zeltzer, M; Benderly, A; Evidence for autosomal recessive inheritance of cerebral gigantism; J Med Genet 1974; 11:158 – 65.
7. Winship, JM; Sotos syndrome. Autosomal dominant inheritence substantiated. Clin Genet 1985; 28: 243-6.
8. De Meyer, W; Megalencephaly in children; Neurology 1972; 22: 634 – 43.
9. Udwin, O; Dennis, J; Sotos Syndrome in O´Brien, G; Yule, W; Behavioral Phenotypes; Londres; Mac Keith Press; 1995; p189-191.
10. Dodge, PR; Holmes; SJ, Sotos, J.F.: Cerebral gigantism. Dev. Med. Child Ne urol; 1983; 25:248.



O AMOR E O TRANSTORNO DE ASPERGER

Thiago de Almeida[18]

Francisco Baptista Assumpção Jr.[19]

Embora haja um consenso de que o autismo seja um mau funcionamento do sistema nervoso central, este continua a ser um distúrbio intrigante. Ele é um dos Transtornos Globais do Desenvolvimento pelo DSM-IV^{TR} (APA, 2002), antigamente considerado pelo DSM-III enquanto um dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (APA, 1980), com diversificados graus de apresentação.

Se discorrer a respeito do autismo, freqüentemente, é um árduo trabalho, em razão de algumas dificuldades metodológicas e impropriedades conceituais intrinsecamente relacionadas a esta tarefa, tratar de amor como nos aponta Almeida (2007) também o é. E quando se tenta relacionar autismo e amor essa dificuldade é potencializada pelos tabus, preconceitos e estereótipos associados a pessoas com características autísticas. E, embora aparentemente inglória seja a tarefa da criação unificada para o conceito do amor, percebemos também que é constante sua evolução enquanto um conceito e de suas manifestações para diversas populações.

Consoante Braz (2006) o amor é a condição fundamental para o nascimento ontogenético da pessoa. Ele participou e participa ativamente da evolução e estruturação do *Self*, porque é capaz de aproximar a pessoa de sua essência, por propiciar o desenvolvimento de relações sociais, dentre outras coisas. Contudo, ao tratarmos de um tema como este se corre o risco de cair na banalidade, na ambigüidade, no espiritualismo ou até mesmo no sentimentalismo, de maneira que os literatos, pregadores, ou mesmo os cantores não são mais convincentes (Almeida, 2003).

[18] Psicólogo pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Mestre pelo Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) e doutorando do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). E-*mail* de contato com o autor: thalmeida@usp.br

[19] Professor Livre Docente pela Faculdade de Medicina da USP. Professor associado do Instituto de Psicologia da USP (Departamento de Psicologia Clínica). E-*mail* de contato com o autor: cassiterides@bol.com.br

Especificamente em relação ao Transtorno de Asperger pode-se dizer que esta é uma psicopatologia que, dentro do espectro autístico, caracteriza-se por prejuízos graves e persistentes na interação social, bem como no desenvolvimento de padrões restritos de interesses, atividades e comportamentos limitados (APA, 2002). Contudo, difere do autismo clássico, pois, seu curso de desenvolvimento precoce evidencia uma falta de qualquer retardo clinicamente significativo na linguagem falada, ou ainda, na percepção da linguagem, no desenvolvimento cognitivo, nas habilidades de autocuidado e na curiosidade sobre entorno que cerca os acometidos. Dessa forma, poucos e circunscritos interesses que ocupam intensamente e totalmente o foco da atenção e assim, há uma tendência a falar freqüentemente sobre tal temática específica. Seus acometidos ainda podem apresentar algum tipo de falta de coordenação motora (como comportamentos de "*rocking*" e "*flaping*"), embora, este critério não seja necessário para o diagnóstico.

O interesse em formar relacionamentos sociais e afetivos-sexuais pode aumentar na adolescência, na medida em que a pessoa aprende formas de respostas mais adaptadas as suas dificuldades. Infelizmente, em muitas pesquisas que são realizadas, evidencia-se que os relacionamentos afetivo-sexuais, e aqui se destacam ambos os componentes e não somente um ou outro, têm sido considerados um domínio praticamente exclusivo das pessoas das pessoas com boa saúde e fisicamente atraentes e que não comunguem de características consideradas como desviantes. E essa questão está nitidamente relacionada à questão do preconceito e da estereotipia.

Consoante Jahoda e Ackerman (1969):

“Preconceito (pré-conceito) é, em seu sentido etimológico amplo, o termo que se aplica às generalizações categóricas que, fundamentadas numa experiência incompleta dos fatos, não leva em conta as diferenças individuais. Todos nós prejulgamos continuamente, a respeito de muitos assuntos, e essas generalizações redundam numa economia de esforço intelectual. Pois bem, o processo de formação de preconceitos encerra o perigo do pensar estereotipado; este só se distingue daqueles por seu maior grau de rigidez. O preconceito aparece quando os fatos não estão ao nosso alcance, enquanto que no pensar estereotipado os fatos não contam, mesmo quando os tenhamos à mão” (p. 26).

Dessa forma, o preconceito, que possui, segundo Duckitt (1992), diversas formas de compreensão quanto às suas determinações, pode ser entendido aqui como uma atitude comum para certo número de pessoas, que não diferenciam indivíduos pertencentes a determinados grupos. Amaral (1992) acrescenta: “(...) o preconceito nada mais é que uma atitude favorável ou desfavorável, positiva ou negativa, anterior a qualquer conhecimento” (p. 9). Enquanto que o conceito de estereótipo para esta mesma autora refere-se à concretização de um julgamento qualitativo, baseado no preconceito podendo ser, também, anterior à experiência pessoal.

O preconceito, manifestação individual de origem social, está inserido no cotidiano das relações interpessoais a partir de generalizações já consagradas pelos estereótipos presentes na cultura em que vivemos. Logo, o desenvolvimento de atitudes hostis diante de determinado objeto, concomitantemente em que responde a conteúdos psíquicos específicos do preconceituoso, alimenta-se tanto dos afetos presentes no indivíduo como também dos estereótipos vindos da cultura na qual este se encontra. Dessa forma, a cultura oferece valores que, ao serem introjetados, são mediados pela percepção e pelas necessidades do indivíduo, o que significa a possibilidade de nem sempre serem compatíveis com a realidade. É por esse motivo, que o preconceito está mais relacionado a aspectos psíquicos da formação do eu, em que o mecanismo de defesa da introjeção é acionado, do que a características supostamente existentes no alvo (Crochík, 1997).

O problema dos considerados desviantes, em relação ao que se é considerado normal, é, no nível do senso comum, remetido a uma perspectiva de patologia. Adicionalmente, pode-se referir a despeito de sua eclosão que ele é suscitado pela

cultura e desenvolvido pelas pessoas como forma de defesa psíquica frente ao sofrimento gerado por uma ameaça constante, relacionada às diversas desigualdades sociais que ameaçam a existência individual.

Consoante Adorno & Horkheimer (1985), algumas características do preconceito, e mais propriamente daqueles que o expressam, são: uma pseudo-generalização, que se refere a conceber todos os elementos de um grupo semelhantes, quando na verdade não o são, destituindo-se as suas características particulares; a resistência a argumentos que denunciariam a sua falsidade; a consideração do que é produzido historicamente como algo natural, isto é inerente ao objeto; a estereotipização do pensamento, que a partir de um predicado principal – deficiente, negro, judeu (somente para citar alguns), remete imediatamente diversos outros atributos.

Então, para estabelecerem um relacionamento afetivo-sexual, os acometidos pelo Transtorno de Asperger terão de enfrentar bem mais do que suas limitações. Terão freqüentemente de desafiar pais, professores e demais cuidadores para se libertar do preconceito que paira na sociedade em que estão inseridos e que lhes é dirigido. Muitos autores nos colocam que a capacidade para sentir atração amorosa e a esperança de ser correspondido são imprescindíveis para o sucesso de um relacionamento amoroso e neste sentido, podemos conceber o amor e a sexualidade, simultaneamente, como alguns dos principais elementos da interação humana e, também, como uma das principais diretrizes na estruturação das relações íntimas. Contudo, tendo em vista que a sociedade muitas vezes mina as expectativas dos deficientes que querem firmar um relacionamento amoroso, tais atitudes podem causar uma paralisia nas motivações, ao menos momentânea, além de conflitos desnecessários para seus acometidos.

Contudo, muito longe de ser meramente um impulso gregário, amar é ir ao encontro de alguém e permitir a vinda deste ao encontro de quem o busca (Almeida, 2003). O amor é um sistema complexo e dinâmico que envolve cognições, emoções e comportamentos relacionados, muitas vezes, à felicidade para o ser humano. Desta maneira, amar alguém, e conseqüentemente expressar sua sexualidade, em primeira análise, significa reconhecer uma pessoa como fonte real, ou ainda, potencial para a própria felicidade. Observa-se então o dilema que enfrentam muitas pessoas acometidas pelo Transtorno de Asperger que sofrem reprimendas de seus pais quando identificam que eles nutrem tais interesses amorosos por outra pessoa.

Se por um lado o que se o que se concebe a respeito do amor remete a entendimentos tão diversos, este conjunto de sentimentos, pensamentos e comportamentos podem ser, provavelmente, caracterizados como uma interpretação distinta de pessoa para pessoa e, conseqüentemente, o que for vivenciado também pode ser considerado idiossincraticamente distinto, por outro lado, as atitudes preconceituosas da sociedade na qual estão inseridos os autistas tipificam as atitudes deles, então, não há nenhum outro lugar onde este preconceito é mais aparente do que na área da sexualidade.

Os estereótipos de que as pessoas autistas não são atraentes fisicamente, não têm interesses por sexo, ou ainda, são incapazes de sentir algum estímulo sexual, ainda são amplamente difundidos. Estes estereótipos, unidos à falta de informação, induzem a gente a uma atitude pessimista em tudo que se refere a manifestações afetivo-sexuais para estas populações.

Dessa forma, caberia aos pais a responsabilidade de serem os primeiros agentes no processo educativo deles. Entretanto, estes delegam aos professores tal responsabilidade, e estes por sua vez, sentem-se desamparados em seu arcabouço teórico e em sua formação acadêmica para dar suporte a tal demanda. Todavia, muitas outras pessoas podem e devem se envolver neste processo educativo, tais como, parentes, vizinhos, colegas e amigos. Evidentemente, dado ao seu alcance, não se pode deixar de destacar a participação da mídia como um poderoso agente educativo, especialmente a televisão, assim como as revistas que exercem também grande influência sobre o comportamento das pessoas que podem servir para confundir, ou ainda, para esclarecer alguns valores acerca do amor e da sexualidade para estas populações e seus cuidadores.

Nas palavras de Merleau-Ponty (1994, p. 219) a sexualidade se faz presente na história das pessoas uma vez que “na sexualidade do homem projeta-se sua maneira de ser a respeito do mundo, quer dizer, a respeito do tempo e a respeito dos outros homens”. Egypto (2003) conjectura para que possamos entender que o conceito de sexualidade não é dissociado, ou ainda, está restrito a alguns aspectos do ser humano como ao coito, a um estado de excitação derivado do erotismo, ou mesmo ao orgasmo. Este autor advoga que a sexualidade é um conceito muito mais abrangente, uma forma de energia que motiva o ser humano a encontrar o amor, o contato e a intimidade e se expressa na forma de sentir, na forma de as pessoas tocarem e serem tocadas. A partir

dessa perspectiva, a sexualidade influenciaria pensamentos, sentimentos, ações e interações, tanto fisicamente como mentalmente.

Para Lipp (1988), é uma ilusão pensar que o indivíduo com deficiência não vai procurar dentro de si mesmo, ou ainda, junto a outras pessoas informações a respeito deste assunto. Nesse sentido, pais e professores ao que parece, retardam o inevitável. A vivência da sexualidade não é autônoma *per se*, mas ao contrário, está vinculada ao ser cognoscente que imprime a ela uma "intencionalidade que segue o movimento geral da existência" (Merleau-Ponty, 1994, p. 217). Dessa forma, incursões a respeito do amor para o universo autístico não existem, embora como dito anteriormente, os autistas por serem seres humanos estejam equiparados biologicamente para amarem e serem amados, apenas diferindo dos não autistas no modo como devem reportar tal fenômeno, vivenciá-lo e manifestá-lo as outras pessoas.

Os últimos anos têm trazido abundante discussão e polêmica sobre a possibilidade e os modelos de desenvolvimento voltados para uma educação inclusiva. De uma consumação impossível para alguns, provável para outros e ainda inevitável para outros, a educação inclusiva tem certamente protagonizado uma das áreas conceitualmente mais interessantes e dinâmicas do debate educativo contemporâneo (Rodrigues, 2006).

Bastantes são os fatores apontados como determinantes de bem-estar e de qualidade de vida para um ser humano segundo o que nos aponta a Organização Mundial da Saúde (OMS): longevidade; saúde biológica; saúde mental; satisfação; controle cognitivo; competência social; produtividade; atividade; eficácia cognitiva; status social; renda; continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos). Se além desses anteriormente citados, ainda o autismo trouxer o afeto, a paixão, o namoro, o amor, o sexo, a cumplicidade, o companheirismo, dentre outros, o autista pode estar certo que, poderá ter uma satisfatória vida afetiva tão viável quanto para outras populações sem estas características.

Aprioristicamente o autista é um ser isolado, que vive enclausurado no seu mundo interior e tem dificuldades para se comunicar. Há, indubitavelmente, uma falha no sistema cognitivo destas crianças, que faz com que o cérebro não tome um adequado conhecimento do que os seus órgãos sensoriais captam. Então, o primeiro passo é desenvolver este sistema cognitivo, estabelecer um canal de comunicação, abrir um elo entre o seu universo fechado e o exterior. O amor, nesse sentido, poderia

ser um dos mais significativos elos existentes pra sua comunicação. É sabido que as chances de uma criança autista estabelecer uma boa comunicação com o mundo exterior dependem diretamente da idade em que é feito o diagnóstico e que se inicia o trabalho, e da habilidade e dedicação dos seus cuidadores.

Segundo Rivière (1997) “graças aos desenvolvimentos terapêuticos dos últimos anos, as pessoas autistas podem consentir a formas mais equilibradas e agradáveis, mais complexas, mais intersubjetivas e abertas, mais flexíveis e significativas da experiência humana” (p. 56). Contudo, estamos muito aquém disso em relação a algumas etapas, sobretudo no que diz respeito ao estudo do amor e da manifestação da sexualidade para o mundo autístico. Muito se fala em estimulação precoce para os acometidos pelas mais diversas deficiências, mas quase não se reconhece no amor e nos relacionamentos amorosos uma útil estratégia de *coping* para tais transtornos.

Podemos pensar que algumas pessoas com transtornos psicopatológicos são inadequadas para consolidar um relacionamento amoroso. Mas, há pesquisas que revelam um elo muito frágil entre a maioria dos transtornos psicopatológicos e os insucessos amorosos. A razão para isso seria que todos nós, temos nossos pontos fracos, questões essas para as quais não somos totalmente conscientes ou ainda, racionais, contudo, elas não interferem negativamente na satisfação entre os pares constituídos.

Em suma, pode até haver um desejo do autista de ir ao encontro do outro e, concomitantemente, de ser amado, mas não há motivação suficiente porque estes mesmos acreditam que se o fizerem serão estigmatizados como pervertidos a partir destes ditames que lhe são impostos, por seus cuidadores e pela sociedade. O atual panorama das pesquisas de amor e sexualidade para o universo autista é que caminhamos a passos incipientes para reconhecer no amor e nos relacionamentos amorosos para pessoas autistas e demais deficientes uma das soluções (mas não milagrosas) para o universo autístico através da ampliação, sobretudo, do repertório sócio-comportamental e cognitivo.

Referências

Adorno, T. W., & Horkheimer, M. (1985). *Dialética do esclarecimento*. (2a. ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Almeida, T. (2007). *Ciúme romântico e infidelidade amorosa entre paulistanos: incidências e relações.* São Paulo, SP, 2007. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Almeida, T. (2003). *O perfil da escolha de objeto amoroso para o adolescente: possíveis razões*. São Carlos: Departamento de Psicologia, UFSCar. Trabalho de conclusão de curso.

Amaral, L. A. (1992). *Espelho convexo: o corpo desviante no imaginário coletivo, pela voz da literatura infanto-juvenil*. Tese de Doutoramento, IP-USP.

APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM-III, 3 ed.. Washington, DC, American Psychiatry Association.

APA (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV. TR (D. Batista, trad.). 4ªed. Porto alegre: Artes Médicas.

Braz, A. L. N. (2006). Reflexões sobre as origens do amor no ser humano. *Psicologia para América Latina, 5*, Recuperado em Agosto de 2006: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2006000100006&lng=pt&nrm=iso

Crochík, J. L. *Preconceito: indivíduo e cultura*. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

Duckitt, J. (1992). Psychology and Prejudice: A Historical Analysis and Integrative Framework. *American Psychologist, 47*, 1182-1193.

Egypto, A. C. (2003). *Orientação sexual na escola*: *um projeto apaixonante*. São Paulo: Cortez.

Jahoda, M., & Ackerman, N. W. (1969). *Distúrbios emocionais e anti-semitismo*. (A. Guzic, T. L. Peixoto e G. G. de Sousa, trads.). São Paulo: Perspectiva.

Lipp, M. N. (1988). *Sexo para deficientes mentais. São Paulo*: Cortez.

Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.

Rivière, A. (1997). “El tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: Principios generales”. En A. Riviére y J. Martos (comp.*): El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: IMSERSO Y APNA.

Rodrigues, D. (Org.). (2006). Inclusão e Educação: doze olhares sobre a educação inclusiva. São Paulo: Summus.

A IMPORTÂNCIA E A BANALIZAÇÃO DO AMOR NO COTIDIANO

Thiago de Almeida

Halley Caixeta de Oliveira[20]

> "Se a vida vale a pena ser vivida, ou, noutras palavras, se vale a pena sofrer e ter prazer por se estar vivo, depende fundamentalmente da nossa capacidade de amar"
>
> (André Comte-Sponville, *The Little Book of Philosophy*, Vintage)

O amor é um assunto muito presente em nossas vidas, e constitui o tema central de diversas manifestações artístico-culturais, tais como músicas, filmes, poemas e romances, dentre outros. Apesar disso, o amor é algo que permite o levantamento de inúmeras questões a seu respeito, a começar pela sua própria definição. O que é, de fato, o amor e como poderíamos fazer para não confundi-lo? Por que será que nos ocupamos tanto desse fenômeno? Qual a importância e o significado do amor para nossas vidas e para a humanidade? Quais as implicações das mudanças histórico-sociais nos relacionamentos amorosos atuais? Qual(is) é(são) a(s) implicação(ções) da maior longevidade populacional para os relacionamentos amorosos? Se nos fundamentarmos em pensamentos tais como "o que é bom tem um prazo de validade",

[20] Bacharel e licenciado em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Atualmente, doutorando em Biologia Funcional e Molecular pelo Instituto de Biologia da UNICAMP e bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. E-*mail* para contato com o autor: hcaixeta@unicamp.br

qual é o prognóstico para os relacionamentos amorosos que hão de vir? Como seria uma sociedade sem amor?

A despeito desses questionamentos, em nosso cotidiano, quase que freneticamente, procura-se cada vez mais o amor. Na verdade, sua vivência e sua busca tendem a perdurar indeterminadamente, não se restringindo a uma fase ou século. Consoante Braz (2006), o amor é a condição fundamental para o nascimento ontogenético da pessoa. Ele participou e participa ativamente da evolução e estruturação da personalidade, dado que é capaz de aproximar a pessoa de sua essência e propiciar o desenvolvimento de relações sociais, dentre outras coisas.

Biologicamente, o vínculo afetivo é vital para os mamíferos, conforme vários experimentos têm demonstrado. Entre os mais conhecidos, está o estudo de Harlow & Harlow (1965) com chimpanzés. Esses pesquisadores e seus colaboradores separaram os filhotes de suas mães após o nascimento. Em seu experimento, cada filhote teve acesso a duas mães artificiais, uma delas sendo uma armação de arame com rosto de madeira e uma mamadeira à altura do peito, e a outra semelhante, mas revestida de um tecido felpudo. Então, os filhotes ficavam com ambas as mães, mas, à medida que cresciam, mostravam uma forte ligação com a mãe de pano. Quando deparavam com um intruso (por exemplo, um urso mecânico de pelúcia), fugiam para junto da mãe de pano, agarravam-se a ela e, então, confortados e sem medo, examinavam o urso. De forma similar, quando colocados numa sala estranha, procuravam imediatamente a mãe de pano e se agarravam a ela em busca de consolo, antes de iniciarem a exploração. Segundo os estudiosos que correlacionam esses tipos de achados com humanos em termos de estruturas cerebrais, comportamento social e resposta ao estresse, esse vínculo teria garantido a evolução do *Homo sapiens* e a preservação da

espécie, uma vez que cabia aos mais fortes cuidar dos mais fracos, garantindo-lhes cuidado e proteção.

Quer estejamos ou não procurando um namoro, ou ainda, mesmo que já estejamos em um relacionamento amoroso consolidado, ao contrário do que pode se pensar e segundo o que demonstram as pesquisas acadêmicas, a maior razão para o desejo de se encontrar um parceiro ainda é o sentimento de amor. É claro que a motivação para o os relacionamentos afetivos pode ser outra entre os sexos, diferindo de pessoa para pessoa, mas, em geral, pode-se dizer que as pessoas buscam o amor como o sustentáculo para um relacionamento mais duradouro. Por exemplo, o amor ainda é considerado um dos principais requisitos para o casamento nos países ocidentais (Silva, Mayor, Almeida, Rodrigues, Oliveira & Martinez, 2005). Uma pesquisa realizada por Levine (1988), em onze países (inclusive no Brasil), apresentou evidências a respeito da importância do amor como requisito para a escolha de um cônjuge. Esses autores pediram para pessoas desses países que respondessem à seguinte questão: "Se um homem/mulher tivesse todas as qualidades que você deseja, você se casaria com ele(a) mesmo se não o(a) amasse?" Havia três opções de resposta: sim, não e indeciso. Homens e mulheres responderam a essa questão de uma forma semelhante. De acordo com os resultados dessa pesquisa, os países participantes podiam ser classificados em dois grupos: aqueles onde a resposta *"sim"* foi a mais freqüente (na Índia e no Paquistão), e aqueles onde a resposta *"não"* foi a mais freqüente (em todos os outros países pesquisados). Em nenhum dos países, a resposta *"indeciso"* foi a mais freqüente. Os EUA e o Brasil foram os países que mais rejeitaram o casamento sem amor. No Brasil, apenas 4,3 % das pessoas disseram que se casariam sem amor, 10% ficaram indecisas e 85,7% disseram que não se casariam sem amor. Os países coletivistas e/ou mais atrasados economicamente são aqueles

nos quais as percentagens de indecisos foram muito grandes. Uma grande percentagem de indecisão parece indicar que esses países estão em uma fase de transição quanto ao papel que esse sentimento deve desempenhar na escolha do cônjuge: o casamento arranjado está sendo substituído pelo casamento onde (no qual) os parceiros é que se escolhem e, nesse caso, o amor é um dos principais critérios de escolha.

Logo, a temática dos relacionamentos amorosos é uma das áreas mais importantes (e geralmente problemáticas) da vida das pessoas. Infelizmente, tal importância é mais bem percebida quando as coisas não vão bem. Quando isso acontece, tanto o nosso humor, como a nossa capacidade de concentração, a nossa energia, o nosso trabalho e a nossa saúde, dentre outras dimensões das nossas vidas, podem ser profundamente afetados (Amélio, 2001).

Embora haja essa tendência de se promover o amor, ao que parece, ele ainda não passa de ilustre desconhecido. Dele se ignoram as fontes, os fundamentos, as raízes, a autoria e até o tempo de aparecimento. Ignora-se que ele não nasceu conosco e cogita-se sobre a hipótese de se somos, de fato, seus inventores (Almeida, 2004). Paradoxalmente, consolidamos em nosso cotidiano alguns pensamentos contraditórios, como o de Costa (1998), em referência aos relacionamentos amorosos: “Quando é bom não dura e quando dura já não entusiasma” (Costa, 1998, p. 11).

É fato que o amor ainda suscita muitas dúvidas entre as pessoas. Há mais de um século, Finck afirmou: “O amor é tecido tão complexo de paradoxos, e apresenta uma tal diversidade de formas e tons, que você pode dizer praticamente tudo a respeito, e é provável que esteja certo” (Finck, 1891/1973, p. 224). Assim, uma questão essencial ao se analisar o amor, é que ele nos remete a entendimentos diversos (Beck & Miller, 1969).

A maioria das pessoas utiliza o termo “amor” para descrever seus sentimentos em relação a uma pessoa por quem é mais fortemente atraída ou a quem se vê mais apegada. E assim, listas intermináveis foram elaboradas com todos os tipos de constituintes que esse sentimento poderia conter em si. Em meio a tantas confusões, são feitas, também, errôneas equivalências entre amor e paixão, entre enamoramento e apaixonamento.

Dessa forma, apesar de sua evidente importância, o amor, enquanto um conceito, muitas vezes é utilizado indiscriminadamente pelas pessoas de uma forma errônea. De fato, ele possui uma extensa variedade de formas e explicações sob diversos prismas. Por muito tempo, buscou-se uma definição que fosse aceita por cientistas e pessoas do senso comum a respeito do que seria o conceito de amor. Em uma de suas prováveis origens, o termo ‘amor’ deriva etimologicamente do grego, no qual ‘*a’* significa sem, e ‘*mors*’ é sinônimo de morte. Portanto, o amor, sob essa perspectiva etimológica, corresponderia a algo que transcende a morte. E, de forma geral, pode-se dizer que as relações que estabelecemos ao longo de nossas histórias estão permeadas pelas relações amorosas. Segundo Amélio (2001) “amor é um termo utilizado para nomear um grupo de sentimentos, ações e padrões de pensamentos que, embora relacionados, são bastante diversificados” (p. 23). Adicionalmente, Almeida e Mayor (2006) concebem o amor como um aspecto inerente ao ser humano, que tende a se perdurar e possui inúmeras formas válidas de manifestação. Em termos cognitivo-comportamentais, o amor é visto por esses autores como um sistema complexo e dinâmico, não só por ser multideterminado, mas também pelo fato de apresentar uma pluralidade de conseqüências.

Além de sua definição, diligentemente, procurou-se também compreender a estrutura do amor. Nessa busca pela fórmula do amor, tais alquimistas acadêmicos

almejavam encontrar quais eram os seus 'tijolos emocionais', isto é, os seus componentes (Almeida, 2003). Outras conjecturas, pautas de muitas discussões, são, por exemplo, ~~como o~~ o modo pelo qual o amor 'nasce' entre as pessoas e a possibilidade de prevê-lo, as quais remontam desde a Antiguidade Clássica, embora os arroubos românticos sejam bem anteriores a esse período.

Outra dúvida recorrente ao se estudar o amor é caracterizá-lo como uma força, ou um estado, e ainda no que diz respeito ao escopo dessas investigações, se ele é um agente ou passivo. Para Buss (1988), o amor não é simplesmente um estado: o amor atua. Dessa forma, o autor considera que o amor não é somente um conceito puramente subjetivo composto por pensamentos, sentimentos e "*drives*", mas que é dinâmico e operante entre os que o manifestam.

Dito isso, poder-se-á partir para analisar o amor de várias formas, pois, talvez, para cada ser humano exista um amor diferente (Almeida, 2003). E todos eles são viáveis, efetivos e têm o seu valor. Deve-se ainda acrescentar que cada pessoa experimenta o Amor à sua maneira, pois ele é uma experiência que cada um vivencia de modo diferente e novo (Beck e Miller, 1969).

Contudo, muito longe de ser meramente um impulso gregário, amar é ir ao encontro de alguém e permitir a vinda deste ao nosso encontro. Então, amar alguém, em primeira análise, significa reconhecer uma pessoa como fonte real ou potencial para a própria felicidade (Ingenieros, 1910/1968; Simmel, 1993). Pode-se afirmar, por conseguinte, que o ser humano vive, geralmente, num estado de incompletude, condição esta que, como regra, seria encontrada através do acréscimo do que lhe é exterior. E o mais comum é sentir que essa plenitude idealizada será alcançada através da união com uma outra pessoa, detentora de tudo aquilo que o ser humano julga não possuir em si mesmo. A expectativa desse encontro, aproximação e enlace amoroso

motiva muitas pessoas a procurar parceiros para um relacionamento. Segundo Vasconcellos (1997), a procura da “alma gêmea” atende tanto as necessidades próprias, como as exigências sociais.

Entretanto, fundamentando-se em idéias errôneas, tais como a expectativa da chegada de “príncipes e princesas encantados”, para a vida de seus consortes, freqüentemente, as pessoas deixam de compreender o amor como um complexo que exige mais ações decisivas e comportamentos concretos, do que falsas crenças ou mesmo passivas esperanças, conforme nos aponta o estudo de Almeida (2003). Por mais incrível isso possa parecer, longe de ser apenas conteúdo de filmes e livros, a procura pelos príncipes e pelas princesas encantadas continua a ser uma realidade vivenciada por muitas pessoas (Lemos, 1994). E idéias como essas têm desdobramentos desastrosos. Por exemplo, produzem-se muitas desilusões amorosas ao se rechaçar a idéia de que o amor leva tempo para se constituir como tal e que ele é um processo, e não meramente o produto de uma experiência.

Logo, pesquisar a respeito da temática amorosa nos impele a um reposicionamento ante a esse fenômeno conhecido desde a nossa mais tenra idade, com o qual crescemos e, por vezes, o experimentamos diariamente, por meio das fortes emoções inerentes que o acompanham, mas que não refletimos suficientemente sobre as concepções que ele pode assumir. Discorremos, em psicologia, sobre a aprendizagem, personalidade, emoção, abordamos técnicas e métodos, mas, com exceção da literatura de auto-ajuda, em contraposição, pouco encontramos a respeito do amor, sistematizado em seu processo e em suas formas. Apenas recentemente, a psicologia vem dedicando mais tempo ou vem olhando com mais rigor sobre as questões que envolvem o amor e suas dimensões. Anteriormente, talvez por entendê-lo como algo abstrato e que desafiasse qualquer mensuração, as publicações eram

incipientes, ainda que as pessoas nunca deixassem de amar e de se relacionar amorosamente.

Mudanças nos relacionamentos amorosos e banalização do amor na sociedade contemporânea.

Como podemos perceber, escrever ou falar de amor é uma façanha árdua. Corre-se o risco de cair na banalidade, na ambigüidade, no espiritualismo ou até mesmo no sentimentalismo, de maneira que os literatos, pregadores, ou mesmo os cantores não são mais convincentes (Almeida, 2003). E como poderia haver uma afirmação veemente de validade universal no que diz respeito ao amor, levando-se em consideração a pluralidade de idiossincrasias (muitas delas provavelmente contaminadas pelo etnocentrismo), que tentam estabelecer uma soberania na definição do que viria ou não a ser concebido como amor?

Dada a alienação da capacidade de amar de muitas pessoas, consolida-se paulatinamente uma necessidade que de tentar explicar todos os fenômenos relacionais ao amor ao invés de vivenciá-los. Dessa forma, tornamos-nos mais explicadores do amor, do que pessoas que o vivem e o praticam em seus relacionamentos interpessoais.

Para Solomon (1992), o amor é um processo emocional que deriva de um conjunto de idéias que são influenciadas pela sociedade e pelo contexto histórico-social nos quais se insere. Essa, também, é uma boa explicação para mostrar o porquê de haver tanta confusão e tantos entendimentos diversos, quando se discorre sobre tal tema. Há, então, que se ter em mente que o amor, aprioristicamente, é uma crença emocional. E como toda e qualquer crença “pode ser mantida, alterada, dispensada,

trocada, melhorada, piorada ou abolida. Nenhum de seus constituintes afetivos é fixo por natureza" (Costa, 1999, p. 12).

Um fato histórico fundamental para a mudança do que se concebe acerca do amor foi a emancipação feminina e a conseqüente entrada da mulher no mercado de trabalho. Com o reconhecimento dos direitos e dos deveres das mulheres, elas passaram a estudar, e tiveram acesso a um conhecimento mais amplo. Com o passar do tempo, tornam-se economicamente independentes do homem, aproximando-se um novo paradigma de paridade com o masculino no que se referem aos seus desejos, necessidades, maneiras próprias de pensar, sentir e agir. Concomitantemente, ambos passaram a se relacionar de forma diferente levando-se em consideração que homens e mulheres não teriam mais de ser o que a educação exigia.

Dessa forma, por não atender mais às necessidades de cada um, o antigo modelo de casamento entrou em um processo de decadência. Pouco a pouco, as pessoas passaram a se casar por amor e não mais se submetiam ao desejo dos pais, por exemplo. Todavia, ao que parece, as pessoas ainda não estavam preparadas para enfrentar tais mudanças. Por exemplo, no casamento, geralmente, vive-se uma relação paradoxal entre dependência e independência ao parceiro. Ele nos serve de referência sobre nós mesmos, uma vez que carrega em si a realidade do que temos inconsciente em nós. Daí podermos inferir que, ou isso nos instiga e consequentemente, nos atrai, ou ainda, nos causa repulsa. Ao mesmo tempo, porém, temos necessidade de realizar aquilo para o que potencialmente nascemos e é determinante de nossa individualidade.

A vida amorosa contemporânea é notadamente diferente da vivida pelas gerações antecessoras, posto que atualmente exista uma extensa gama de relacionamentos dentre os quais se podem citar: o ficar, o morar juntos, dentre muitas outras formas de interação amorosa. O ficar, por exemplo, que inexistia anteriormente,

envolve beijos e demais carícias, por vezes, não tão bem delimitadas, assim como o próprio conceito, tornando-se uma prática cada vez mais incompreensível para as suas gerações posteriores. Dessa forma, é caracterizado em sua essência pela falta de compromisso entre os membros do casal, que buscam obter o prazer e a satisfação, a partir do exercício da sedução amorosa. Ainda, o ficar pode ser considerado como um tipo de relacionamento interpessoal que independe de qualquer outro, isto é, está desvinculado de um conhecimento prévio da outra pessoa, ou mesmo de um namoro, de amizade etc., existindo *per se* só. Estaria este também, presente de maneira freqüente entre os jovens. Não obstante, em minha opinião, a partir destes contatos iniciais com a outra pessoa estes vínculos diádicos podem evoluir para um grau de comprometimento ou de intimidade maior e desembocar em um namoro.

Posto que, em geral, é sabida a grande fragilidade que paira sobre os relacionamentos e a grande autonomia, sobretudo a feminina que se conquistou ao longo do tempo, os pretendentes a um namoro ficam cada vez mais reticentes tanto a entrar bem como a permanecer num relacionamento caracterizado por uma maior duração e investimentos. Assim, não se pode dizer que se perderam ou ganharam coisas porque os relacionamentos amorosos são dinâmicos, devidos ao fato de fazerem parte de uma história da civilização e devido também ao fato de que cada casal que o compõe (sejam adolescentes, idosos, homossexuais, heterossexuais, etc.) dá contornos específicos a esse enlace afetivo. Dessa forma, ficam também abolidos papéis anteriormente considerados prototipicamente masculinos ou femininos em uma relação dado que tudo está sujeito à pauta que o próprio casal pode propor e equacionar.

Também é fato que a evolução do que se concebe por amor certamente evoluiu e continua a evoluir, acompanhando o pensamento das pessoas na época na qual está

inserido. Embora atualmente paire muitas dúvidas a respeito do que seja o amor, nunca dele se falou tanto. Tido como algo que se deveria aprender, cada qual aspira ao amor, a tal ponto que ele se tornou praticamente uma performance no cotidiano das pessoas (Almeida & Mayor, 2006). Diariamente, nos mais diferentes ambientes, são realizadas perguntas a respeito dele. Tais questionamentos intrigam não somente os indivíduos que as formulam, mas também a muitos psicólogos, mesmo aqueles profissionais cujo enfoque não é aparentemente a questão dos relacionamentos interpessoais.

Ao que parece, vivemos numa ditadura do orgasmo e da frustração, sustentada sobremaneira pela influência midiática (Priore, 2006). Filmes, novelas e até mesmo propagandas estabelecem modelos de relacionamentos, que acabam sendo seguidos por grande parte da população. Muitas vezes, não há sequer um questionamento se eles são de fato a melhor opção. Indivíduos que não se submetem a esses modelos encontram dificuldades em estabelecerem relações.

A despeito de sua importância, observa-se paralelamente uma banalização da busca do amor para firmar os relacionamentos interpessoais afetivo-sexuais na atualidade. Numa sociedade capitalista, em que a busca pelo dinheiro e bens materiais é posta em primeiro plano, o individualismo é gritante e cada um preocupa consigo próprio. Diante disso, o racional e o pragmático são valorizados em detrimento do emocional. Há cada vez menos tempo para nos dedicarmos ao estabelecimento de relações amorosas e, principalmente, à manutenção adequada daquelas já existentes. Dessa forma, há quem goste de desvalorizar o amor. Há quem diga que o amor é uma emoção instável, um sentimento para tolos, um cárcere, ou ainda, algo relacionado a deleites idílicos, a sentimentalismos gratuitos, a ilusões que geralmente nunca se consumam. Por outro lado, busca-se freneticamente o prazer fácil e fugaz, desprovido de laços afetivos. Nunca o sexo foi tão explicitamente tido como meta maior como nos

dias atuais. Caminhamos rumo a uma sociedade na qual o sexo por-se-á como principal motivação para o estabelecimento de uma relação? Na qual a aproximação de pessoas dar-se-á prioritariamente por uma necessidade fisiológica ou um instinto de preservação da espécie?

Consoante a essa visão, há que se ser forte, que encarar o mundo tal qual ele é, enfrentando toda a sua crueldade, sem lirismos e poesias defasadas. O importante é a sobrevivência de si mesmo e a relacionada a aspectos como o poder, o sexo, o prazer, que promovem uma falsa sensação de segurança. Dessa forma, Romeus e Julietas, Tristãos e Isoldas, Heloísas e Abelardos são apenas personagens de amores literários, medievais, intérpretes de cantilenas que sucumbiriam ao lidarem com as complexidades do mundo contemporâneo. Contudo, se não se deve alienar-se em um mundo de lirismo inconsistente, de igual sorte, não se é necessário reduzir a vida a um mundo dominado pela insensibilidade, pela lei do mais forte, ou ainda, amparado unicamente pela razão, destituído de sentimentos tais como amor, ou mesmo, a amizade. Sem esses elementos deixaríamos de viver num mundo humano.

> *A idéia de que o amor como o conhecemos é uma experiência* universal *e atemporal decorre, fundamentalmente, de nossa certeza de, no amor, encontrar a expressão mais completa de nossa possibilidade de entrega, doação e, na mesma medida, nossa maior capacidade de receber, compreender, aceitar e desejar outra pessoa escolhida por nós e que, por sua vez nos escolheu* (Lázaro, 1996, p. 199).

Conclusão

Embora a ciência da psicologia apenas recentemente se interessou em discorrer a respeito do amor, talvez por entendê-lo como algo abstrato e que desafiasse qualquer mensuração, as pessoas nunca deixaram de amar e se enamorar, a despeito de sua maior ou menor importância para as diferentes pessoas. Não obstante isso, o modo como nos relacionamos e as denominações que damos aos nossos afetos, parecem ser uma preocupação comum entre todos os povos, tribos, raças e línguas. Dessa forma, todos, a seu tempo, teceram comentários sobre a questão dos sentimentos humanos e de como tais sentimentos são denominados, vividos e sentidos.

Podemos refletir a respeito do amor a partir de uma perspectiva psicoterapêutica. Perspectiva esta que coloca tal fenômeno enquanto um agente construtor de relacionamentos saudáveis, em todos os níveis e campos das relações humanas. No entanto, vivemos em uma sociedade que está continuamente banalizando o amor. Tratamos do amor como algo transitório, supérfluo, sem importantes repercussões na construção de relacionamentos e da vida.

Ao banalizar os sentimentos, como, por exemplo, o amor estamos fazendo com que, paulatinamente, eles percam o seu verdadeiro sentido. Essa, indubitavelmente, é uma séria ameaça que paira sobre os seres humanos: banalizar o amor, reduzindo-o efêmeros prazeres que conduzem uma satisfação mais egoísta do que altruísta.

E o que se pode dizer atualmente sobre o panorama do estudo do amor é o crescente despertar da psicologia para tal lacuna teórica. Então, ao que parece, o amor é uma pauta atemporal que carece de cuidados, na tentativa de se melhor compreendê-lo enquanto um fenômeno social. Com isso se quer dizer que, a definição e as próprias concepções de amor evoluem e continuarão a evoluir porque a cada

momento o amor será ‘reiventado’ na tentativa de se abarcar suas inúmeras manifestações.

Assim, este artigo tenta fomentar nos diversos leitores a procura constante de reformular seus conceitos e definições, a exemplo do que constantemente faz a Ciência visando aprimorar suas idéias enquanto teóricos ou mesmo enquanto partícipes da humanidade. Colocando um questionamento final de Grimal (1991): afinal quem é que pode afirmar que algum dia, qualquer sociedade, em qualquer época, tenha chegado a conhecer o amor verdadeiro?

Referências

Almeida, T. (2007). *Ciúme romântico e infidelidade amorosa entre paulistanos: incidências e relações.* São Paulo, SP, 2007. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Almeida, T. & Mayor, A. S. (2006). O amar, o amor: uma perspectiva contemporâneo-ocidental da dinâmica do amor para os relacionamentos amorosos. In R. R. Starling & K. A. Carvalho (Orgs). *Ciência do Comportamento: conhecer e avançar,* v.5. Santo André: ESETec Editores Associados, p. 99-105.

Almeida, T. (2004). A gênese e a escolha no amor romântico: alguns princípios regentes. *Revista de Psicologia de Fortaleza, 22*(1), 9-13.

Almeida, T. (2003). *O perfil da escolha de objeto amoroso para o adolescente: Possíveis razões.* São Carlos, SP: Departamento de Psicologia. Trabalho de conclusão de curso.

Amélio, A. (2001). *O mapa do amor: tudo o que você queria saber sobre o amor e ninguém sabia responder*. São Paulo: Editora Gente.

Beck, E., & Miller, G. (1969). *Que é o amor?* Porto Alegre: Paulinas. (L. Luft, trad).

Braz, A. L. N. (2006). Reflexões sobre as origens do amor no ser humano. *Psicologia para América Latina, 5*, Recuperado em Agosto de 2006: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2006000100006&lng=pt&nrm=iso

Buss, D. (1988). Love acts: The evolutionary biology of love. In R. J. Sternberg & M. L. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 100-118). New Haven: Yale University Press.

Costa, J. F. (1998). *Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico.* 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco.

Finck, H. T. (1981/1973) Romantic love and personal beauty: their development, causal relations, historic and national peculiarities. Londres: Macmillan, 1891. In E. Berscheid & E. H. Walster (1973). *Atração interpessoal.* (D. M. Leite, trad). São Paulo: Edgard Blücher.

Grimal, P. (1991). *Amor em Roma*. Tradução por Hildegard Fernanda Feist. São Paulo: Martins Fontes.

Harlow, H. F., & Harlow, M. K. (1965). Determinants of infant behaviour. In B. M. Foss (Ed.), *Effects of Various Mother-Infant Relationships on Rhesus Monkey Behaviors* (pp. 15–36). London: Methuen and Co.

Ingenieros, J. (1968). *O que é o amor.* (2a ed.). (W. A. Noronha, trad.). Rio de Janeiro: Gráfica Editora Laemmert.

Lázaro, A. (1996). *Amor: do mito ao mercado.* Rio de Janeiro: Vozes.

Lemos, P. (1994). *Educação afetiva: porque as pessoas sofrem no amor.* 8. ed. São Paulo: Lemos Editorial.

Levine, S. B. (1988). Intrapsychic and individual aspects of sexual desire. Em S. R. Leibrum & R. C. Rosen (Orgs.), *Sexual desire disorders* (pp. 2143). New York, The Guilford Press.

MacFarlane, A. (1989). *A cultura do capitalismo*. Editora Zahar: Rio de Janeiro.

Prates, E. (1999). *Cibersexo, anonimato, máquinas desejantes*. In S. D. Porto (org.) Sexo, afeto e era tecnológica. Brasília: Edunb.

Priore, M. D. (2006). *História do Amor no Brasil*. São Paulo: Contexto.

Silva, A.A., Mayor, A. S., Almeida, T., Rodrigues, A. G., Oliveira, L.M., & Martinez, M. (2005). Determinação das histórias de amor mais adequadas para descrever relacionamentos amorosos e identificação das histórias de amor que produzem mais identificação, menos identificação e que as pessoas mais gostariam de viver. *Interação em Psicologia*, *9*(2), 295-309.

Simmel, G. (1993). *Filosofia do amor.* (L. E. de Lima Brandão, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Solomon, R. C. (1992). *O amor: reinventando o romance em nossos dias*. (W. Dupont, trad.). São Paulo: Saraiva.

Vasconcellos, L. R. (1997). *Simulação de flerte e de amizade: uma análise perceptivo-auditiva de emissões vocais*, 1997. (Mestrado em Psicologia Experimental). Programa de Pós Graduação, Universidade de São Paulo.

LOUCOS DE AMOR: O AMOR E A SEXUALIDADE PARA SÍNDRÔMICOS DE ASPERGER

Thiago de Almeida

Francisco Baptista Assumpção Jr.

A história da humanidade revela, desde os tempos mais remotos, a existência de pessoas portadoras dos mais diversificados tipos de deficiência, com relatos a respeito de suas dificuldades na vida cotidiana. Ao tratar do problema referente à inclusão da pessoa deficiente, mister se faz discorrer sobre os relacionamentos afetivo-sexuais que por ventura, estes se mobilizem a estabelecer e, em busca da aplicação do princípio da isonomia aos acometidos pelo conjunto de características que os identifiquem enquanto deficientes.

Infelizmente, no Brasil, o deficiente e suas necessidades ainda são freqüentemente ignorados, posto que a evolução da sociedade não foi suficiente para afastar a exclusão e as dificuldades experimentadas. Dessa forma, faz se necessário estabelecer por meio de lei, regras que possam favorecer a igualização entre as pessoas, deficientes ou não.

Contudo, embora inúmeras sejam as leis que buscam regulamentar os direitos para os deficientes, essas leis não se apresentam como um todo harmonioso, dificultando a sua aplicação, uma vez que regulamentam a matéria em leis esparsas, na esfera federal, estadual e municipal, além de decretos regulamentares, portarias e resoluções específicas para cada tipo de deficiência.

Então, numa sociedade na qual se busca o arquétipo do homem ideal, a pessoa deficiente é ignorada e excluída, e resta ser confinada na própria família ou em uma instituição, na qual partem da premissa "o que os olhos não vêem o coração não sente". Um dos temas a que muitas vezes são afastados as pessoas deficientes é o

amor, e associado a esse tema os relacionamentos amorosos e a sexualidade são tidos como um tabu para essas pessoas.

Embora o amor seja um assunto muito presente em nossas vidas, enquanto um conceito é algo que aventa inúmeras questões a seu respeito, a começar pela sua própria definição. Há muitas concepções para o amor, mas pode-se concluir, dentre tantas visões acerca do amor, que é uma conseqüência ou o resultado de elementos racionais e sentimentais imprescindíveis para atender as expectativas dos que desejam compartilhar suas vidas afetiva e sexual. Homens e mulheres consideram que responsabilidade, respeito, carinho e compreensão são condições necessárias e indispensáveis ao relacionamento afetivo, sexual e conjugal. São elementos que dão as condições para a existência e permanência do amor. Tais fatores, entretanto, podem-se ser identificados, a um só tempo, como a causa e/ou efeito do amor. Sem dúvida, são elementos da convivência exigidos, mas nem sempre cumpridos por todos que desejam compartilhar sua afetividade.

Muito longe de ser meramente um impulso gregário, ou ainda, de ser uma sinonímia para um relacionamento amoroso, amar é ir ao encontro de alguém e permitir a vinda deste ao encontro de quem o busca (Almeida, 2003). Segundo Amélio (2001) “amor é um termo utilizado para nomear um grupo de sentimentos, ações e padrões de pensamentos que, embora relacionados, são bastante diversificados” (p. 23). Então, pode-se compreender genericamente o amor enquanto um sistema complexo e dinâmico, não somente por ser multideterminado, mas também pelo fato de apresentar uma pluralidade de conseqüências e que envolve várias cognições, emoções e comportamentos relacionados, muitas vezes, à satisfação para o ser humano (Almeida & Mayor, 2006). Dito isso, poder-se-á partir para analisar o amor de várias formas, pois, talvez, para cada ser humano exista um amor diferente (Almeida, 2003) e também haja diversas manifestações para os relacionamentos interpessoais amorosos como, por exemplo, o amor romântico que seria aquele relacionado aos diversos tipos de casais constituídos.

Cada pessoa experimenta o amor à sua maneira, pois ele é uma experiência idiossincrática que cada um vivencia de modo diferente e novo (Beck & Miller, 1969). Dentre as mais variadas manifestações que este conceito pode assumir encontramos o amor romântico, que seria aquele que se estabelece por suas necessidades afiliativas e de dependência, paixão, idealização, absorção e

exclusividade entre duas pessoas em um vínculo geralmente estável (Branden, 1988; Driscoll, Davis & Lipetz, 1972).

Contudo, a noção de amor não pode confundir-se com o que se pensa a respeito do que se concebe enquanto um relacionamento amoroso. Quando nos referimos a um relacionamento amoroso, em sentido restrito, estamos enfatizando ao envolvimento com o outro na relação. Nessa interação com o outro pode ou não haver amor que envolva laços de afeto, apego, libido, dentre outras características e dimensões que o amor pode assumir enquanto um conjunto de comportamentos, sentimentos e pensamentos. Entretanto, em se tratando de amor ou mesmo de relacionamentos amorosos há alguns pontos de intersecção. Sentir ou não afetos por outro ser humano envolve cognição. Amor, enquanto uma sofisticada resposta, também envolve cognição. Contudo, reconhecemos que as relações significativas, como relacionamentos amorosos, podem ser consideradas como fatores de risco ou de proteção (também chamados de fatores resilientes), dado que ora promovem o sentimento de segurança e a auto-estima e concorrem para o bem estar global do indivíduo, ora geram condições adversas de existência e implicam considerável sofrimento (Canavarro, 1999).

A sexualidade é uma função natural, existente em todos os indivíduos. Contudo, a discussão do tema sexualidade na nossa cultura está envolta de preconceitos e discriminação. Há os que pensam que a introdução plena e generalizada da educação sexual nas escolas causaria abalos em todo o sistema e criaria polêmicas entre educadores. Isso poderia ocorrer se a educação sexual, nas escolas, visasse tão somente a massificação de informações, sem abordar o conteúdo ético de comportamento e respeito à individualidade e à integridade humana. Essas dificuldades ficam potencializadas quando se trata de discorrer a respeito de sexualidade para os deficientes. De fato, a sexualidade dos deficientes está eivada de mitos e tabus, isto é, os estereótipos existentes sobre a sexualidade em geral aplicam-se à sexualidade dos deficientes, assumindo ainda, nestes, tonalidades mais negativas.

Conhecemos os ditados que rezam: “A arte imita a vida” e “A vida imita a arte”. Essas clássicas questões já dividiram várias opiniões e, certamente, continuará dividindo-as. Todavia, o que nos parece correto afirmar é que ambas se interrelacionam, conduzindo seus pensadores a uma resposta dicotômica. Em outras palavras, a arte influencia a vida como seu inverso também é verdadeiro. Posto isso, , no filme “Loucos de Amor” (Título original: *Mozart and the Whale*, 94 min, col.),

podemos observar a interação romântica entre duas personagens, análoga a quaisquer relacionamentos amorosos, exceto, por uma condição: eles são portadores da Síndrome de Asperger, uma das formas de autismo considerada como de alto funcionamento dado o fato dos acometidos se caracterizarem como tendo um menor prejuízo cgnitivo-comportamental em relação a seus outros pares autistas.

Neste filme Donald, personagem do ator Josh Hartnett sofre da síndrome de Asperger, e lidera um grupo de ajuda com pessoas com perturbações semelhantes, porque não quer se sentir sozinho. Um dia, Isabelle, personagem interpretada pela atriz Radha Mitchell, junta-se ao grupo. Nesse sentido, podemos dizer que na trama do filme, o que os aproxima é também o que, por vezes, os separa! Ao contrário de Donald, Isabelle aceita a sua doença e as suas próprias (des)vantagens. Contudo, as vulnerabilidades de Isabelle, rapidamente conduzem Donald a um romance tumultuoso, quando desafiam o seu profundo desejo de ser "normal".

E longe de pensarmos que esta psicopatologia que dentre outras características, interfere significativamente nos padrões e nas rotinas dos seus afetados, não se somará para potencializar, nem para diminuir os acontecimentos do casal. Dessa forma, percebem-se muitos dos elementos presentes na vida de pessoas não-autistas portadores de Asperger tais como: flertes, ciúme, rompimentos românticos, mal-entendidos, timidez, reaproximações, e todo um *continuum* de situações que farão desta comédia, inspirada em fatos da vida de duas pessoas com esta síndrome transcorrer de forma, no mínimo, interessante.

Inspirado no caso real de Jerry Newport e Mary Meinel, *"Mozart and the Whale"* consegue aproximar-nos de uma realidade especial sem qualquer tipo de condescendência e de sentimentalismos gratuitos como os presentes em outros filmes como em *"Rain Man"* do diretor Barry Levenson. Através desse filme, somos arrastados para o território pessoal de pessoas que, tendo que viver com dificuldades de comunicação, com timidez e inseguranças, com agressividades e descontroles, condicionados a padrões e rotinas, esforçam-se continuamente por serem independentes.

"Mozart and the Whale" tem um ótimo trabalho interpretativo, que revela um forte trabalho de pesquisa e uma grande entrega por parte de ambos os protagonistas, sem nunca deixarem as suas personagens caírem no ridículo caricatural. Neste filme, seu realizador norueguês Petter Næss traz-nos um conto a respeito do poder do amor incondicional, da aceitação da diferença, do apoio mútuo e da sua influência no

cotidiano das pessoas, que por acaso compartilham de uma característica especial, um quadro do continuum autístico. Donald e Isabelle lutam para construir e manter a sua relação, apesar da constante ameaça das suas disfunções emocionais. No seu fundamento, isto é o que se verifica em qualquer relação identificada enquanto "normal". A questão pendente é sempre se o amor deles conseguirá sobreviver às idiossincrasias de cada um. Um esforço sem certezas. Nem promessas. De onde se derivam alguns questionamentos tais como: será que somos tão "normais" quanto pensamos? Ou mesmo: Será aqueles que consideramos como loucos são tão loucos quanto pensamos que são? Dessa forma, a partir desse filme onde a arte imita a vida e a vida também a imita, podemos repensar melhor a respeito dos nossos preconceitos e estereótipos que muitas vezes cristalizam nossos conhecimentos, sobretudo, no que diz respeito a estas populações para que reflitamos concomitantemente a respeito sobre o conceito de normalidade e insanidade, por vezes, também presentes no ato de amar, dos seus dramas, dos seus encantos e dos seus medos.

Referências

Almeida, T. (2003). *O perfil da escolha de objeto amoroso para o adolescente: Possíveis razões.* São Carlos, SP: Departamento de Psicologia. Trabalho de conclusão de curso.

Almeida, T., & Mayor, A. S. (2006). O amar, o amor: uma perspectiva contemporâneo-ocidental da dinâmica do amor para os relacionamentos amorosos. In R. R. Starling & K. A. Carvalho (Eds.). *Ciência do Comportamento: conhecer e avançar* (pp. 99-105), v.5. Santo André: ESETec Editores Associados.

Amélio, A. (2001). *O mapa do amor: tudo o que você queria saber sobre o amor e ninguém sabia responder*. São Paulo: Editora Gente.

Beck, E., & Miller, G. (1969). *Que é o amor?* (L. Luft, trad).Porto Alegre: Paulinas.

Branden, N. (1988). *A Psicologia do amor: o que é o amor, por que ele nasce, cresce e às vezes morre*. Rio de janeiro: Record: Rosa dos Tempos.

Canavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.

Driscoll, D., Davis, K., & Lipetz, M. (1972). Parental Interference and Romantic Love: The Romeo and Juliet Effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 1-10.

ANÁLISE PSICOLÓGICA DE UM GRUPO DE GESTANTES EM REGIME DE ATENDIMENTO COMUNITÁRIO

Kátia Regina Beal Rodrigues
Thiago de Almeida

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo trabalhar com um grupo de grávidas utilizando como proposta de intervenção a terapia comunitária. O estudo foi realizado através de atividade prática de cuidado em saúde, desenvolvida com um grupo de dezesseis gestantes, no período de agosto a dezembro de 2006. As atividades grupais se deram em onze encontros de saúde, ao término das quais foi realizada uma visita domiciliar a cada uma das participantes que deram à luz. Numa abordagem qualitativa, o levantamento dos dados foi realizado pela observação participante com entrevista nas dinâmicas dos encontros e nas visitas domiciliares. Através da análise qualitativa foram identificadas as repercussões do desenvolvimento do grupo de grávidas nas seguintes dimensões: a gestante com ela própria; a gestante com o seu bebê e com os familiares; e os familiares e a gestante com a comunidade. A busca do conhecimento alicerçada no grupo de grávidas influenciou na ampliação do conceito de saúde e de cidadania no contexto das gestantes e dos seus coletivos. Observamos que a utilização de abordagens dos novos paradigmas pode contribuir para a construção do conhecimento e com o processo de promoção da saúde, aumentando a auto-estima das gestantes e contribuindo para uma melhor qualidade de vida, bem como subsidiar trabalhos interdisciplinares.

Palavras-Chave: Terapia Comunitária, Grupo de Grávidas, Gestantes.

1- INTRODUÇÃO

Segundo Lamare (2005) a gravidez é um verdadeiro divisor de águas na vida de uma mulher. Os sentidos ficam alerta, a sensibilidade aumenta, o acompanhamento de um novo ser que se desenvolve e a preparação para recebê-lo implica um profundo crescimento pessoal, tanto para a futura mãe como para o pai. São nove meses de deslumbramento, mas também de muitas dúvidas, apreensões, possíveis desconfortos e contratempos.

O objetivo deste estudo foi proporcionar à grávida, através de encontros semanais, um esclarecimento sobre cada etapa do processo, auxiliando-a a aplacar temores e enfrentar com alegria este que é um dos momentos mais extraordinários da vida de uma mulher.

Conforme Lamare (2005) o bebê já antes de nascer é um ser inteligente, sensível, apresentando traços de personalidade próprios e bem definidos, e que tem uma vida afetiva e emocional estreitamente vinculada à sua experiência relacional com a sua mãe, estando em perfeita comunicação empática e fisiológica com ela, captando os seus estados emocionais e a sua disposição afetiva para com ele. Complementar a esta idéia Bowlby (1989) aponta que as primeiras vinculações com outro ser humano (no caso seus cuidadores que podem ser representados pela mãe, pai, avós, dentre outros) podem favorecer o aparecimento do fenômeno amoroso posteriormente. Dessa forma, a disponibilidade afetiva da mãe é fundamental para que ocorra o desenvolvimento psico-afteivo do indivíduo, de célula a feto, de feto a bebê, de bebê a criança.

Quais os recursos a mulher grávida dispõe com seu bebê no pré-natal? Ela pode em vários momentos do dia, dedicar a ele uma atenção dirigida: com ele conversando baixinho, contando as suas atividades e ocupações, dos preparativos para recebê-lo, cantarolando cantigas de ninar, acariciando-o com ternura através do seu ventre, dedicando-lhe muito carinho. Quando houver momentos de stress agudo ou situação de perturbação emocional converse com o seu bebê, passe a ele a sensação de segurança, otimismo e esperança, reforce e assegure a permanência do vínculo entre ambos.

Ao que se sabe o desenvolvimento emocional se dá imediatamente após o nascimento e percorre um longo caminho através das etapas determinadas pela idade e cultura, que caracterizam a evolução do ser humano (Bowlby, 1989). Será então este conjunto de condutas inatas exibidas pelo bebê, que promoverá a manutenção ou o estabelecimento da proximidade com sua principal figura provedora de cuidados, a mãe, na maioria das vezes. Acontece que o comportamento de apego, além de estar revestido de sua função protecionista, propicia ao bebê uma série de interações sociais que colaboram para um desenvolvimento saudável da criança, além de lhe proporcionar oportunidades de treinar seus comportamentos sociais e perceber as modificações dele no meio (Toni, Salvo, Marins & Weber, 2004). Dessa forma, em

geral, seres humanos que são amados e que respondem com carinho aos outros adquirem uma agradável capacidade de intimidade com outras pessoas.

2- **CONTEXTUALIZAÇÃO**

Para Maldonado (2005), o grupo de gestantes é um grupo homogêneo, pois são pessoas que estão atravessando uma mesma transição existencial, isto é, apresentam problemas semelhantes e estão dispostas a discutir situações comuns a todos.

Segundo Viçosa (1977) o grupo aberto não limita as participantes por faixa etária, por período gestacional ou nível sócio-econômico, possibilitando a elas uma maior troca de experiências e lhes dando mais sensação de evolução, pois tem a oportunidade de vivenciarem atitudes, reações, emoções que ainda não foram experimentadas, ou que já vivenciaram e souberam lidar com os fatos.

No grupo de estrutura mista as vivências e experiências são focalizadas em um tempo do grupo, após a transmissão de informações relevantes ao tema focado. Sendo assim, o grupo se desenvolve com momentos estabelecidos para determinadas atividades, número fixo de sessões e seqüência pré-estabelecida de temas a serem abordados em cada encontro.

Maldonado (2005) afirmou que, “os dois momentos – transmissão de informação e discussão das vivências – se harmonizam e se interpenetram”. E ainda, “com gestantes a estrutura mista pode incluir também um tempo para ginástica, respiração e relaxamento”.

Sabe-se que a maternidade é um momento existencial extremamente importante no ciclo vital da mulher, pois proporciona novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. Portanto, sendo um período de transição, contém ansiedades e fantasias decorrentes desta fase, sobretudo, é durante a gravidez que se inicia a formação do vínculo afetivo mãe-bebê.

Num grupo de gestantes são objeto de debate situações da vida atual, o parto, o pós-parto, os cuidados com o bebê, a amamentação e outros temas importantes que o grupo desejar abordar. Gestantes participam de encontros semanais. Focalizaremos aqui alguns temas presentes nos grupos de gestantes.

Todo indivíduo sente necessidade de pertencer a algum grupo humano que seja para ele uma referência, especialmente numa sociedade de massa que o despersonaliza, gerando sentimentos de isolamento e solidão. Uma mulher grávida pode ser oriunda de um círculo familiar e social restrito, em que foram mínimas as

oportunidades de aprendizagem relacionadas, por exemplo, ao nascimento de um bebê. Já outra gestante pode vir de uma família numerosa, ter acompanhado outras gestações e ter alguma experiência com bebês, mas sabe que sua experiência de vida é única. É única a história com sua família de origem, a história do relacionamento com seu parceiro, como serão únicos a experiência de parto e pós-parto. E é desse ponto de vista que cada uma deseja ser ouvida e ter sua experiência pessoal compartilhada. Ou sua falta de experiência. Suas dúvidas, conflitos e ansiedades, que ocorrerão em algum grau, mesmo em gestações desejadas e programadas. Se por um lado a abordagem dos temas que vão surgindo num grupo de gestantes é particularizada, por outro lado o coordenador de um grupo dessa natureza deve atender àquelas questões que surgem com freqüência por parte da maioria dos componentes do grupo. Um exemplo ilustrativo são as preocupações com a vinda de um bebê perfeito. Esse é um típico tema em que a abordagem é necessariamente múltipla. Pode-se entrar primeiramente com aspectos gerais: a gestante cuida de sua saúde? A gestante freqüenta regularmente as consultas pré-natais? Só ingere medicamentos prescritos pelo obstetra? Cuida de sua alimentação? De suas horas de sono? O diálogo no grupo vai se entremeando com informações necessárias e tranqüilizadoras.

A gestação não é uma condição patológica, mas certamente uma situação especial. A gestante dá uma pausa em suas atividades durante o dia? Por mais saudável que transcorra sua gestação é vital uma mudança em seu ritmo de vida. Aqui entra a abordagem de teor psicológico propriamente dito. Há que se observar se há no grupo aquelas gestantes que, devido a certas características de personalidade, acreditam que podem levar a vida nos mesmos moldes de antes da gestação. Sem se darem conta de que é um direito seu, absoluto, o de se poupar, não atendendo a todas as solicitações no trabalho ou no meio familiar, como antes. E que é igualmente legítima a decisão de não abrir mão de seus direitos como cidadãs, em seu meio social. No cotidiano faz valer princípios básicos como a garantia de emprego, seu lugar em filas de banco, condução, e mais do que isso, percebe-se com direito a uma natural solidariedade dentre os que as cercam? Certas dinâmicas de grupo podem oferecer-lhes uma verdadeira oportunidade de conscientização e transformação desses aspectos.

Todos estes temas se interrelacionam e participam da idéia de um “bebê perfeito”. Mas atenção para que a palavra perfeito não seja levada ao pé da letra, produzindo na gestante uma expectativa idealizada a respeito da criança. Uma criança

quase sobre-humana, aquela que no fundo, inconscientemente será encarregada, de suprir várias impossibilidades e imperfeições de seus próprios pais. Nem um bebê perfeito nem pais perfeitos. O que uma criança precisa não é de mãe e pai perfeitos, que, aliás, não existem mesmo, mas de pais que apesar de falharem aqui e ali em suas atitudes, agem com honestidade, franqueza, transmitindo ao filho a idéia de que tentam verdadeiramente "acertar". Se for isso o que predomina, isso é registrado pela criança como amor.

A gestação, o parto e o puerpério são períodos de intensas modificações físicas, psíquicas, emocionais e sociais. Mesmo por fazer parte do desenvolvimento psicológico normal dos indivíduos ao longo de suas vidas, a gravidez é considerada um momento de transição vivenciado como crise, e oferece tanto a possibilidade de crescimento, integração e amadurecimento bem como de angústia e sofrimento.

Ao longo da gravidez impõe-se um importante trabalho psíquico a ser realizado pelo homem e pela mulher: a mudança de papéis e de identidade; além de filhos, homem e mulher tornam-se pai e mãe. A maternidade e a paternidade, no entanto, são conquistam psicológicas para a qual homem e mulher podem se habilitar, já que ninguém nasce sabendo ser pai ou mãe.

O parto, por sua vez, não representa apenas o processo de expulsão e nascimento do bebê. Mãe, pai e bebê estão envolvidos em uma seqüência irreversível de acontecimentos que mobilizam emoções intensas e diversas, além de grande desgaste de energia.

Quando a gestante trabalha, somam-se às questões inerentes à gestação todos os aspectos e estresses relacionados ao trabalho em si. A ambivalência de sentimentos, que surpreende e decepciona, as ansiedades, insônias, os medos da dor, as fantasias de não conseguir dar conta da nova função somam-se ao término da licença-maternidade e a volta ao trabalho, freqüentemente sentidos como momentos de intensa dor e sofrimento, elevando significativamente as dificuldades e desafios inerentes à chegada de um bebê e a retomada da vida profissional, agora acrescida de outras responsabilidades e preocupações.

O grupo de atendimento às gestantes funciona em nível preventivo, tendo como resultado menores dificuldades no desempenho das funções profissionais; diminuição de riscos emocionais característicos da gestação, parto e pós-parto; melhores níveis de adaptação funcional e emocional; aumento da responsabilidade profissional, com menores índices de falta; menores níveis de ansiedade ao término da licença-

maternidade. Gestante, casal, bebê e empresa são beneficiados com os resultados do trabalho de grupo realizado.

Metodologia

O Grupo de Grávidas “Crescer e Sonhar” é um projeto que faz parte das atividades de promoção social do CCPA – Centro Comunitário Psicologia e Ação, em parceria com a Secretaria de Promoção Social da Prefeitura Municipal de Rio Verde, e tem por objetivo o atendimento das mulheres gestantes da comunidade Dom Miguel, sob o ponto de vista psicológico como um todo.

Foram realizados encontros semanais, onde os assuntos eram abordados através de palestras, dinâmicas de grupo, vivências, relatos das experiências das gestantes e terapia comunitária.

Para a análise das informações foi utilizado como suporte a pesquisa qualitativa participante, onde, em todos os encontros, eram feitas anotações do “*feedback*” das gestantes de como estavam se sentindo no grupo, e como este proporcionava mudanças em sua vida. E através do seu relato observávamos a importância da realização deste trabalho.

Participantes

O grupo foi formado por dezesseis gestantes, em diferentes meses de gestação, e é conduzido por quatro estagiárias do 10º período de Psicologia, em um trabalho desenvolvido dentro das atividades do Estágio em Psicologia Comunitária, orientadas e supervisionadas pela professora da disciplina.

Instrumentos

Foram utilizados materiais para as palestras, dinâmicas de grupo e vivências como papéis (folhas A4), revistas, réguas, lápis preto e lápis de cor, barbante, canetas, figurinhas adesivas, durex, cola, borracha, apontador e materiais diversos para a realização das atividades propostas para cada encontro.

Utilizamos também materiais de apoio, como aparelho de som, cartazes com informação sobre parto, amamentação, banheira e boneca para a palestra sobre cuidados com o bebê (higiene), mensagens, chocolates. Foram realizadas duas

palestras com uma enfermeira para repassar os conteúdos do ponto de vista físico e introdução à maternagem.

Foi realizado a cada encontro um sorteio de brindes para as participantes. O brinde procurou atender a necessidade da futura mamãe, como uma roupa e *kits* para cuidados do bebê (sabonetes e kits mamãe e bebê).

Procedimentos

Foram realizados onze encontros no Centro Comunitário Psicologia Ação, no Bairro Dom Miguel, onde foram abordados diversos temas acerca dos aspectos físicos e emocionais da gravidez.

Todos os encontros foram conduzidos segundo os critérios estabelecidos pela coordenação dos estágios, sendo que as atividades eram distribuídas de forma a tornar um encontro prazeroso, informativo e terapêutico. Normalmente, os encontros eram iniciados com um lanche (café da manhã), a abertura do encontro com a exposição do tema planejado, sorteio de brindes e fechamento. O encontro de encerramento foi realizado com a distribuição do “kit bebê” às futuras mamães que foi composto por peças do enxoval do recém-nascido, mensagens, brindes e com a entrega dos certificados de participação às gestantes. Os temas dos encontros foram programados de acordo com a delimitação proposta pelo projeto de intervenção do grupo. Nos encontros eram também abordados e trabalhados dinâmicas de grupo, vivências e terapia comunitária para a integração das mulheres e para elaborar questões relacionadas à gravidez.

Foram discutidos temas como: o primeiro, segundo e terceiro trimestre da gravidez; experiências com partos anteriores; o medo do parto; sensações corporais; sensações emocionais; mudanças nos hábitos; planejamento familiar; importância do pré-natal; acompanhamento do pai do filho; aspectos emocionais da gravidez; aspectos psicológicos da gestação, parto e puerpério; maternidade e paternidade, o homem e a gestação da companheira, a participação do pai no dia-a-dia do bebê; sexualidade na gestação e pós-parto; desenvolvimento gestacional: modificações na mãe e desenvolvimento do bebê no útero; a gestante como mulher: a gestante no trabalho, os direitos da gestante; queixas freqüentes na gravidez, o uso de cosméticos, a prática de exercícios, hábitos e vícios durante a gestação, atendimento odontológico, medicamentos, radiação e vacinação; alimentação; parto natural ou cesárea; parto e pós-parto: tipos, anestesias e mitos; aspectos fisiológicos do puerpério; amamentação;

cuidados com o recém-nascido: banho, troca de fralda, curativo do umbigo; a escolha do pediatra; licença-maternidade: a hora de voltar ao trabalho; quem fica cuidando do bebê após o término da licença-maternidade: creche, família; a família: os avós e irmãos; técnica de relaxamento; massagem shantala: a importância do toque; enxoval; técnicas, dinâmicas de grupos e vivências para aumentar o nível de conhecimento da mulher a respeito da gravidez e diminuir a ansiedade decorrentes desse período, e também para aproximar mãe e filho; terapia comunitária.

O trabalho de maternagem com visitas domiciliares realizadas às participantes do grupo possibilitou conhecer as dimensões das repercussões dos encontros do grupo de gestantes. Foram evidenciados os seguintes aspectos:

Individual: a gestante "consigo própria";

Coletivo: a gestante "com o seu bebê"; a gestante "com os seus familiares"; os familiares da gestante "com pessoas da comunidade"; a gestante "com a comunidade" e a gestante "com o parceiro".

Análise das informações

Todos os relatos de cada participante obtidos foram anotados e transcritos. Através da análise qualitativa das respostas de cada participante, pode-se observar a importância da realização deste trabalho e o impacto e repercussão deste na vida das futuras mamães.

"Eu chegava aqui no grupo deprimida, e quando eu ouvia a experiência das outras mulheres, saía outra pessoa. Me senti muito mais preparada, uma nova mulher. Eu era uma pessoa e, agora sou outra depois que participei do grupo" (Participante X).

"Estando no grupo eu fiquei muito mais segura em relação à gravidez" (Participante Y).

"Eu acho que o grupo mexeu comigo, (...) estou mais otimista, mais segura das coisas" (Participante Z).

Analisando essas declarações, percebe-se que o grupo, para algumas delas, foi uma espécie de "respiradouro", que, segundo o Patrício (1996), é representado por

momentos de meditação, de reflexões e diálogos que promovem a transformação da vida.

A prática dialógica desenvolvida nos encontros possibilitou a "mexida na consciência" mediante trocas de crenças, valores, saberes e energias, constituindo-se num processo transcultural e transpessoal. O diálogo, neste estudo, representou um meio de reflexão sobre a realidade, como, também, a construção de novos saberes com vistas à transformação da realidade.

A gestante e suas práticas de cuidados à saúde física e emocional

Sob a ótica das participantes, suas percepções sobre a saúde e as suas práticas de cuidados foram ampliadas, transcendendo para dimensões além dos aspectos biológicos. Esta repercussão já nos havia sido identificada durante as dinâmicas grupais. O depoimento a seguir expressa esta transformação:

"*As coisas que aprendi no grupo me fizeram pensar diferente sobre a minha saúde; eu já me cuidava, agora cuido mais ainda"* (Participante S).

Capra (2002) pontua que o conceito de saúde está fortemente ligado ao contexto cultural em que ele ocorre. Neste aspecto, as participantes passaram a perceber e a valorizar a saúde de um modo diferente, referindo terem mais clareza sobre o processo que leva a desenvolver as práticas de cuidado não como obrigação, mas com consciência. A ampliação de suas concepções está relacionada à repadronização de suas crenças, seus valores e conhecimentos acerca do processo saúde-doença.

Entendemos que as ações de promoção da saúde devem ser eminentemente participativas e transformadoras. Assim, atuar em promoção da saúde significa abrir um enorme leque de possibilidades de atuação, dependendo dos contextos socioculturais de cada comunidade, bem como valores verdadeiros que possibilitem uma transformação, conscientização e, portanto, um novo entendimento de uma cidadania que contempla o individual e o coletivo, enfocando a saúde como qualidade de vida (Ferraz, 2000).

Na percepção das gestantes, de acordo com seus depoimentos durante a visita domiciliar, a saúde e as suas práticas de cuidado foram redimensionadas a partir dos diálogos reflexivos decorrentes das dinâmicas nas oficinas grupais.

As gestantes passaram a compreender a gravidez de maneira diferente, a partir das vivências grupais sentindo-se mais próximas do bebê. Com o decorrer dos encontros as gestantes que referiram durante as oficinas desinteresse pela gravidez, inclusive falta de amor, referiram modificação dos seus sentimentos, o que possibilitou a formação do apego entre elas e os seus bebês, como podemos observar nos depoimentos a seguir:

"Antes eu não queria esse bebê, só não ia tirar devido a minha saúde, depois fui para o grupo, foi como se tivesse colocado o bebê dentro de mim no grupo. Foi um chamado para a vida, para a realidade. Me senti grávida no grupo, antes não era assim. Depois que passei a participar do grupo, mudou tudo para melhor, mudou com o bebê, vejo o meu filho de modo diferente, com muito amor. Antes do grupo eu não sentia amor pelo bebê, agora estou curtindo muito este momento, (...) passei a ter sentimentos de mãe no grupo" (Participante M).

"Hoje eu aceito o meu bebê, antes eu pensava em dar ele pra alguém. Ia escolher uma pessoa e ia dar" (Participante K).

"Também estou aprendendo a lidar melhor com meu marido, antes era muito nervosa, agora estou me cuidando mais" (Participante U).

Para Klaus *et al*. (1993), o apego é crucial para a sobrevivência e desenvolvimento do bebê. Comportamento de apego foi definido por Bowlby (1989), como qualquer forma de comportamento que resulta em uma pessoa alcançar e manter proximidade com algum outro indivíduo, considerado mais apto para lidar com o mundo.O vínculo dos pais com seus filhos deve ser o mais forte de todos os laços humanos.

É importante considerar que algumas gestantes, ao se integrarem no grupo de grávidas, estavam vivenciando situações que impossibilitavam uma interação com o bebê de maneira prazerosa em vista de suas histórias de vida, marcadas pela ruptura dos seus projetos pessoais, por influências das suas crenças, dos seus valores, dos seus sentimentos e das suas expectativas diante da gravidez como um processo definitivo no seu viver. As interações vividas produziram transformações que ocorreram

num processo dinâmico, influenciadas pelo microcontexto grupal no sentido de possibilitar-lhes o desenvolvimento de reflexões sobre o seu processo de maternidade.

Na dimensão familiar, um aspecto de transformação na vida de uma das participantes se deu na divisão das responsabilidades conjugais relativas aos cuidados com os filhos, situação que comprometia anteriormente a sua participação efetiva nas atividades grupais.

Culturalmente há uma legitimação do papel feminino na tarefa de cuidar dos filhos, atender a família e cuidar da casa. A atribuição cultural dos diferentes papéis exercidos por homens e mulheres na sociedade é o que define as suas relações. Essas diferenças de papéis têm reflexos importantes na saúde de cada sexo, e em algumas situações trazendo limitações para as mulheres no sentido de impedir a realização de outras atividades que lhes proporcionem crescimento pessoal e uma vida mais saudável.

Patrício (1996) enfatiza que a família pode ser uma limitação no processo de viver dos indivíduos, quando impõe normas contrárias às necessidades dos seus membros, ou quando se torna um empecilho para a liberdade de agir dos sujeitos.

Em determinadas situações neste estudo, a família se constituiu numa limitação, quando dificulta o atendimento das necessidades das participantes. Nas visitas domiciliares realizadas, algumas mulheres referiram que seus companheiros, inicialmente, não entendiam as suas necessidades de freqüentarem os encontros, uma vez que algumas delas já eram mães e, na concepção deles, elas possuíam o conhecimento necessário sobre os cuidados de saúde.

O enfrentamento da situação foi direcionado para o caminho do diálogo e da divisão de responsabilidades, ocorrendo o processo de repadronização no companheiro a partir das próprias transformações na mulher durante a vivência grupal.

As repercussões do Grupo de Grávidas foram também observadas nas interações das participantes do grupo com as pessoas da comunidade, a saber:

"*Passei os conhecimentos que aprendi no grupo para uma amiga que está grávida, ela não pode participar do grupo porque já tinha iniciado, mas passei tudo o que aprendi nos encontros pra ela"* (Participante C).

Além das repercussões citadas pelas gestantes, foi possível perceber que nesse processo de construção individual-coletiva, ultrapassando o contexto grupal para o familiar, a teia de interações criada no grupo gerou transformações nos sujeitos

tornando-as participantes do movimento educativo grupal, sendo multiplicadores de saúde no coletivo.

Discussão

A trajetória trilhada pelo Grupo de Grávidas possibilitou realizar uma prática de saúde e de terapia comunitária pautada numa abordagem dialógica que procurou identificar as repercussões da aplicação de um processo de cuidar participante na saúde integral individual-coletiva de um grupo de gestantes.

A implementação do Grupo de Grávidas dentro da perspectiva qualitativa e participante ocorreu desde o seu princípio através da dinâmica de promoção da integração de saberes, de energias, criações e sentimentos que geram nova construção de conhecimentos e possibilidades de transformação.

Neste aspecto, o grupo revelou-se como um recurso de apoio emocional e psicológico para as suas participantes, constituindo-se num espaço para compartilhar experiências, sentimentos e afetos e socialização de saberes técnico-científico e popular. Ocasionou, ainda, uma maior compreensão de si e do mundo bem como a busca das possibilidades e recursos para a saúde integral na dimensão individual e coletiva.

O convívio com as participantes, além de gratificante, possibilitou aplicar uma abordagem teórico-metodológica que valoriza os sujeitos na sua subjetividade, sem, contudo perder de vista o rigor da pesquisa qualitativa e da terapia comunitária. A realização de visita domiciliar como estratégia para a identificação das repercussões neste estudo foi importante por possibilitar uma aproximação com a realidade e cotidiano das gestantes e para continuar o trabalho iniciado no grupo de grávidas.

A busca do conhecimento alicerçada na abordagem participante, sob o ponto de vista da saúde coletiva, influenciou na ampliação do conceito de saúde e de cidadania no contexto das gestantes e dos seus coletivos.

Ao finalizar, desejamos que o trabalho realizado neste estudo sensibilizem os profissionais de saúde, especialmente os psicólogos, no aperfeiçoamento dessa proposta com grupos específicos em outras realidades. Que a saúde coletiva, como campo do conhecimento, abra-se para a utilização de abordagens que superem as limitações do modelo em saúde vigente. Sob essa ótica, há que se construir um novo pensar e fazer em relação a esta prática, que requer, além do conhecimento, a

mudança de atitudes. O que se constitui num grande desafio, mas prazeroso sob o ponto de vista da psicologia comunitária.

Referências

Araújo, D., Araújo, A., & Pinheiro, M. (2004). *Apoio a Grupos de Gestantes*. Goiânia.

Barreto, A. (2005). *Terapia Comunitária Passo a Passo.* Fortaleza: LCR.

Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas para a teoria do apego*. S. M. de Barros, trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Capra, F. (2002). *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.* São Paulo: Cultrix.

Klaus, M., & Kennell, J. H. (1993). *Pais/bebê: a formação do apego.* Porto Alegre Artes Médicas.

Ladish, L. (2006). *Estou Grávida! E Agora? Confidências à Nova Mãe.* São Paulo: Planeta.

Lamare, R. (2005) *A Grávida e o Bebê: da concepção ao parto.* Rio de Janeiro: Ediouro.

Maldonado, M., & Canella, P. (2003). *Recursos de Relacionamento para Profissionais de Saúde.* Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.

Maldonado, M. (2005). *Psicologia da Gravidez.* Petrópolis: Vozes.

Patrício, Z. M. (1996). *Educação para a saúde: um processo de interações cultural-afetivas transformando a vida. Florianópolis: UFSC*.

Toni, P. M., Salvo, C.G., Marins, M.C. & Weber, L.N.D. (2004). Etologia humana: o exemplo do apego. *Psico-USF, 9*, 99-104.

Vellay, P. (1980). *Parto sem dor.* São Paulo: IBRASA.

Viçosa, G. (1997). *Grupo com gestantes.* Porto Alegre: ArtMed.

Wilheim, J. (1997). *O que é Psicologia Pré-Natal.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zimerman, D. & Osório, L. (1997). *Como trabalhamos com grupos.* Porto Alegre: ArtMed.

PROJETO APOIAR

A PORTA DE ENTRADA DO APOIAR: ESTUDO QUANTITATIVO DE PACIENTES NA BUSCA DE ATENDIMENTOS PSICOLÓGICOS

Márcia Aparecida Isaco de Souza
Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

O APOIAR, pertencente ao LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo recebe pacients de diversos setores, tanto da comunidade que nos procuram espontaneamente, como aqueles que são indicados por diversos setores, como amigos, parentes, pacientes em atendimento, médicos e instituições de saúde. Este serviço oferece atendimentos diferenciados tanto à comunidade em geral, (essas pessoas atendidas no campus da USP) bem como estabelece parcerias com outras instituições. Este trabalho objetiva retratar a população que procura o serviço através do telefone de contato, para atendimento na USP. Posteriormente são agendadas entrevistas iniciais para se conhecer o cliente, e posteriores encaminhamentos. Dados quantitativos como sexo, idade, queixa principal, quem indicou, formas de encaminhamento, serão mostrados neste trabalho, como um estudo de prevalências dessas condições. Faremos esse levantamento no período de março/2003 (data que o serviço se formalizou) a outubro/2007. Consideramos que fazer pesquisa em Psicologia tem sempre relação com criar e desenvolver intervenção, e no APOIAR desenvolvemos os projetos (na USP e nas parcerias com outras instituições): Entrevistas Iniciais, Consultas Terapêuticas, Psicoterapia Breve, Psicoterapia Individual a crianças, adolescentes, adultos, famílias, casais, crianças abrigadas, mulheres vítimas de violência doméstica, idosos, casos de depresssão, crianças ou adultos indígenas em

atendimentos individuais ou grupais, crianças vitimizadas, portadores de esclerose lateral amiotrófica assim como aos seus familiares e cuidadores, adultos com altas recentes de hospitais psiquiátricos assim como seus familiares em atendimentos individuais ou grupais, adultos com questões psicossomáticas, avaliações psicológicas, aplicações do Teste Rorschach, atendimentos aos internados em hospitais psiquiátricos. Os encaminhamentos serão direcionados para algumas destas vertentes, ou para outros serviços no IPUSP, ou ainda para outros recursos da comunidade, sempre atentando à questão do sofrimento humano..

A IMPORTÂNCIA DA ACOLHIDA INICIAL EM FORMA DE CONSULTAS TERAPÊUTICAS

Márcia Aparecida Isaco de Souza;
Eliana de Siqueira;
Valdeli Vieira;
Valéria de Angelis Vieira;
Leila Salomão L. P. Cury Tardivo

INTRODUÇÃO:

Projeto-APOIAR

É um Sub Projeto do Laboratório De Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

O trabalho trata de entrevistas iniciais sendo os requisitos necessários a uma entrevista inicial nos moldes tradicionais: conhecer motivo da consulta; apreender aspectos latentes e os manifestos; conhecer aspectos discrepantes e coincidentes do relato; realizar mais entrevistas para a detecção do real desejo da consulta; considerar a linguagem corporal, gestual,verbal, ritmo, tom de voz, observando os temas que geram maior ansiedade ou bloqueios; considerando sempre os aspectos transferenciais e contratransferenciais, compreendendo o tipo de vínculo que o paciente procura estabelecer com o profissional

Em nossa experiência nesse Projeto, dentro do APOIAR, vimos observando não ser possível separar as fases de diagnóstico e de intervenção, uma vez que essas fases: sempre ocorrem simultaneamente,, nas entrevistas individuais quanto as familiares. Assim, muitos são os aspectos a serem considerados.
Dentro do APOIAR, o projeto de Entrevistas Iniciais tem coerência com nossa linha de trabalhopromovendo sempre que possível atendimentos clínicos diferenciados, seguindo perspectiva psicanalítica orientada

Dessa forma, visamos a ampliação da idéia do nosso contato inicial com o paciente, numa abordagem interventiva e breve: buscando atender maior número possível de atendimentos.

Consideramos, com base em Winnicott (1965) que as consultas, são momentos de atendimento, mas também de reflexão, e se possível, de elaboração e de promoção de possíveis mudanças dentro de uma abordagem psicanalítica.

.Esse projeto propõe esse atendimento com intervenções precoces: como consultas terapêuticas de Winnicott. Também nos baseamos em contribuições de outros analistas: poderoso recurso de intervenção precoce e de prevenção das graves patologias da pós-modernidade

Winnicott (1965, p.) diz:

> "*existe uma vasta demanda clínica por psicoterapia que não se acha relacionada de maneira alguma à oferta de psicanalistas e, portanto, se houver um tipo de caso que pode ser ajudado por uma ou três visitas a um psicanalista, isso amplia imensamente o valor social do analista e ajuda a justificar sua necessidade de efetuar análise em plena escala, a fim de aprender seu ofício."*

O número de entrevistas/consultas que realizamos depende de vários fatores: o grau de clareza de material significativo apreendido pelo terapeuta; da disponibilidade interna de cada paciente nesse interagir.

Recomenda-se que não seja um número grande, para que não se crie dificuldades nas interrupções, quando estas se fazerem necessárias.

Esses atendimentos são também necessários devido também à demanda extremamente elevada de pacientes e à escassez de recursos disponíveis.

É preciso considerar o problema das longas filas de espera por atendimento e na peregrinação de pacientes de uma instituição a outra, sem conseguirem acesso aos serviços psicológicos de que necessitam.

Estamos assim, em contato com as limitações das formas tradicionais de atendimento, individuais e de longa duração, restringindo o número de pessoas assistidas.

Valed estacar que a Entrevista inicial é um momento não apenas dedicado a conhecer o paciente, mas também à intervenção precoce.. Assim, o paciente não será "triado" - idéia que remete à "escolha de pacientes" ou não se busca a utilidade do paciente para a instituição em detrimento de aspectos individuais.

NOSSO OBJETIVO

E o contato inicial com o paciente como possibilidade de um encontro inter-humano: Possível o acolhimento e a sustentação necessária à retomada de seu amadurecimento pessoal, num ambiente humano suficientemente bom, e promotor da valorização do viver.

"A Consulta Terapêutica impele o terapeuta a adotar uma postura ativa realizando, desde o primeiro momento, pontuações, interpretações, explicações, reformulações, ao contrário da atuação do analista clássico" (OLIVEIRA 2001, p. 262)

O embasamentio teórico :

Consiste basicamente em uma técnica desenvolvida por D. Winnicott para ser utilizada no momento das entrevistas iniciais de crianças e adultos.
Parte do princípio que "cada criança ou adulto tem um problema, sendo esse problema, quando está causando tensões nesse momento, o que aparecerá no material da consulta (Winnicott DW, 1984, p.16)

Considera que "se é dada a oportunidade de maneira adequada e profissional para uma criança ou adulto, no tempo limitado do contato profissional,o cliente trará e exporá (embora de início apenas como uma tentativa) o problema predominante ou o conflito emocional ou a espécie de tensão que aparece nesse momento de vida do cliente" (Winnicott DW, 1984, p.15).

O modelo de entrevista sugerido por Winnicott considera que o material que surge durante as entrevistas é um material importante a ser trabalhado terapeuticamente: "*na*

consulta terapêutica o material se torna específico e muito interessante, já que o cliente logo começa a sentir que a compreensão pode talvez ser acessível e que a comunicação a um nível profundo pode se tornar possível"(Winnicott, 1984, p.15).

"*Haverá aqueles casos em que se faz um profundo trabalho na circunstância especial da primeira entrevista (ou entrevistas) e as mudanças resultantes na criança podem ser utilizadas pelos pais e aqueles que são responsáveis no meio social imediato, de modo que, considerando uma criança com dificuldade em relação ao desenvolvimento emocional, a entrevista resultará na dissolução da dificuldade e num movimento progressivo no processso de desenvolvimento* (Winnicott 1984, p. 13)
. Sem dúvida esse pressuposto também se aplica a pacientes adultos.

ILUSTRAÇÕES:

Vamos ilustrar com apresentações resumidas de 3 processsos de consultas iniciais no APOIAR com 3 psicoterapeutas do projeto:
(Todos os pacientes assinam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitndo que seu material seja divulgado, para fins científicos ou de aprendizagem, sempre buscando mantê-los no anonimato**)**

Caso Clínico – CV

- Dados de Identificação: CV, sexo masculino, 34 anos
- Queixa inicial:

Entrou em contato com o APOIAR colocando em contato telefônico que estava "buscando um lugar cujo tratamento oferecido fosse contrário à internações psiquiátricas" (sic) uma vez que reconhecia que precisava "se tratar mas não gostaria de ser internado" (sic).
É comunicado que uma terapeuta entrará em contato com ele para que seja agendado uma entrevista com o intuito de compreender suas demandas e ver se o serviço estará aparelhado para atendê-lo.
A terapeuta designada agendou duas entrevistas pelo celular, sem resposta do paciente.
Uma semana após as tentativas, a mãe do paciente entra em contato com a terapeuta e comunica que o mesmo deseja *"agendar uma consulta"* (sic) mas que o mesmo é

"*esquizofrênico"* (sic) e por este motivo "tudo se torna mais difícil" (sic). A entrevista é agendada.
O paciente comparece à entrevista no horário previamente agendado.

Realizamos o exame psíquico, atendendo á demanda do diagnóstico tradicional: paciente apresenta-se em agitação psico-motora durante toda a entrevista. O curso de seu pensamento mostra-se acelerado, com perseveração de idéias. Verborrêico, apresenta dificuldades em fazer associações. Durante a entrevista, olha diversas vezes para a porta e a janela, como se temesse que o ambiente pudesse ser invadido.
Procurou o atendimento porque teme que a família queira interná-lo em hospital psiquiátrico e soube que o APOIAR *"era contra internações psiquiátricas" (*sic) revelando o desejo de ser cuidado e protegido contra aquilo que lhe era ameaçador no momento.

Revela que já foi hospitalizado duas vezes, mas não consegue compreender os motivos destas hospitalizações. Afirma que as mesmas foram *"muito ruins porque tinha que conviver com loucos, e apesar de ser esquizofrênico sabe que não é louco"* (sic).

Em seguida, começa a apresentar dúvidas em relação à sua própria sanidade mental. Relata que costuma ter *"pensamentos estranhos*" (sic) mas se recusa a revelá-los naquele momento, uma vez que "são muito feios" (sic). Afirma que já fez tratamento no CAPS, considerando uma experiência negativa porque se via "*no meio de loucos" (sic).*
Encontra-se sem acompanhamento psiquiátrico, tomando as medicações de forma indiscriminada**.**

Aspectos psicodinâmicos:
Apresenta sentimentos de desamparo e solidão. Queixa-se de não ter bom relacionamento com a família, o que faz com que ele more sozinho em uma casa separada.
Evidencia-se nesta entrevista que o paciente reconhece suas dificuldades e a necessidade de cuidados profissionais adequados, mas teme contaminar-se pela loucura do outro, ou de se reconhecer semelhante àqueles que a possuem.

Tais cuidados não poderiam ser oferecidos pelo APOIAR, por necessitar de assistência médica constante, porém pela própria situação de desamparo do paciente e pelas suas dificuldades decorrentes de seu quadro clínico exigiam que a psicoterapeuta tivesse uma postura de sustentação (holding) e acolhimento, do contrário o encaminhamento seria comprometido.

Nesse sentido, a terapeuta mostrou-se continente, colocando para o paciente sobre seus temores e mobilizando as partes mais evoluídas de seu ego de forma a mobilizá-lo a procurar cuidados em instituição mais adequada às suas necessidades de cuidado.

Ao final da entrevista o paciente apresenta-se mais tranqüilo, despedindo-se da terapeuta dessa forma:
-"*Dra, a senhora me ajudou muito. Vou agora mesmo procurar um CAPS" (sic).*

A psicoterapeuta coloca-se à disposição do paciente caso o mesmo encontre alguma dificuldade em ser atendido pelo serviço designado, mas desde então o mesmo não entrou mais em contato.

CONSIDERAÇÕES

Esse fragmento de caso demonstra que a adaptação ativa do analista durante as consultas terapêuticas dá ao paciente a confiabilidade para que ele possa se reportar as experiências traumáticas e dar a elas novos significados.
O terapeuta, em tais situações, é um objeto subjetivo: idioma transferencial se transforma no modelo de experiências primitivas e a capacidade de sustentação do terapeuta é que vai permitir a produção de idéias e sentimentos que podem levar o paciente a novas construções pessoais.

Caso Clínico- D

-Trata-se de um adolescente de 13 anos, Sexo Masculino, que mora com os Pais e com mais 3 irmãos, e cursa a 5ª Série do Ensino Fundamental.
-Chegou no Projeto Apoiar por indicações de amigos da família que ao tomarem conhecimento dos problemas de "D" em relação a aprendizagem, sugeriram aos pais que nos procurassem no APOIAR.

MOTIVO DA CONSULTA:

A solicitação inicial era a de que "D" fizesse um tratamento que o permitisse ficar como os outros garotos de sua idade, como os irmãos, ou seja, que lhe permitisse aprender.
Quando lhes perguntei qual o problema que els achavam que "D" tinha e que *não lhe permitia ser "como os outros garotos"* , disseram acreditar que ele tinha *"um pouco de retardamento"*

HISTÓRIA DE VIDA:

Ao nascer, "D" não apresentava nenhum problema de saúde e foi amamentado até os 4 meses, quando apresentou uma crise convulsiva.
Após alguns dias de internação na UTI, saiu do Hospital com o Diagnóstico de Atrofia Cerebral. Naquela oportunidade, os médicos o avaliaram e "descreveram uma resposta motora lenta e um olhar distante" . Saiu do Hospital já fazendo tratamento com o "Gardenal".
Este tratamento foi seguido até os 5 anos de idade, quando os pais decidiram voltar para o Maranhão e abandonaram o tratamento por aproximadamente 3 anos.
Quando retornaram a São Paulo, procuraram por um médico que lhe disse (?) que "D" não tinha nada, tendo-o encaminhado somente ao Psicólogo, ao qual foi apenas em 3 consultas, pois não possuíam condições financeiras para arcar com o tratamento.
Em 2004, "D" foi encaminhado para APAE, onde passou por várias consultas, não chegando a concluir um diagnóstico, embora tenham lhe encaminhado para a Ludoterapia (que nunca chegou a fazer).

QUEIXAS:

Além da dificuldade de aprendizagem ("D" não está alfabetizado até hoje, mas escreve razoavelmente e faz algumas operações matemáticas simples) apresenta:

- Dificuldade de Interação pessoal (não tem amigos, não joga bola, não brinca);
- Não realiza nenhuma atividade de vida diária (arrumar sua cama ou lavar seu prato;
- Quanto a higiene, não tem iniciativa em lavar as mãos ou tomar banho, mas obedece as ordens dos pais
- Não sai de casa sozinho (só em companhia dos pais), não toma ônibus
- Não reconhece o valor da cédulas;

- Não tem noção de tempo horário;
- Não consegue estabelecer um diálogo, fala sozinho e diz palavras sem sentido;
- É muito lento para execução de qualquer tarefa (comer, por exemplo)

Os pais relatam comportamentos estranhos :

Sobe na laje de casa com um chumaço de algodão e vai pegando os pedacinhos e assoprando...

Fica olhando até que ele desapareça e repete de novo

"Se deixar ele fica o dia todo fazendo isto"...

AVALIAÇÃO:

"D" realizou algumas sessões onde confirmou-se as dificuldades relatadas pelos pais em relação a alfabetização:

- Lê e escreve de modo bastante rudimentar, realiza algumas operações matemáticas simples
- Não apresentou nenhuma iniciativa em manusear ou realizar algum tipo de brincadeira com o material oferecido e nem acatou a sugestão de algumas atividades propostas (brincadeiras ou atividades).
- Mantinha um comportamento "robotizado" e em alguns momentos, parecia estar em "outro mundo", levando-nos a identificar um comportamento autista;
- Durante todo o eventualmente às perguntas, mas mesmo assim, não mantinha um contato visual.
- A única atividade desenvolvida durante as sessões foi o Desenho

DIAGNÓSTICO:

Naquela oportunidade levantou-se o Diagnóstico de Deficiência Mental Leve, com características autistas. (pelo psiquiatra do Projeto Distúrbios do Desenvolvimento do Laboratório de Saúde Mental), que confirmou o Diagnóstico.

Também solicitou-se a APAE a Avaliação realizada, que também apontava na mesma direção.

Interessante é que neste momento a mãe estava iniciando um outro Processso Diagnóstico no Hospital das Clínicas da FMUSP.

ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO

- Definição de um Diagnóstico que pudesse nos orientar quanto ao melhor tipo de acompanhamento que poderíamos oferecer para “D”:
- Não só um tratamento medicamentoso visando uma melhora de seu estado geral, como também o acompanhamento em Instituição que pudesse só visar a aprendizagem, mas principalmente seu desenvolvimento como um todo, possibilitando-lhe maior independência e autonomia.

Verificou-se a necessidade de trabalhar as expectativas dos pais em relação a “D”, trazendo-as para a realidade.

Inicialmente a mãe dizia que queria que o filho melhorasse, que ficasse como os outros irmãos, mas no decorrer do tratamento sua verbalização foi mudando:

Sua frustração, sua culpa e sua resistência foram dando lugar a uma aceitação de suas dificuldades e no final do acompanhamento , já dizia que buscava apenas oferecer condições para que ele pudesse viver melhor.

Neste período a mãe também foi percebendo que possuía outros problemas, embora ainda responsabilizasse o filho por lhe impedir de levar sua própria vida.:

- Sente-se só e muito desvalorizada, e ainda, está tentando elaborar a traição do marido, o que ela diz que lhe deixou arrasada, pois nunca esperou que ele pudesse fazer isto.

- Ele detém o poder econômico e faz questão de dizer que quem manda lá é ele, o que lhe dá direito de não participar da vida doméstica, de não se sentir responsável pela educação dos filhos**.**

CONCLUSÃO:

Este trabalho vem validar a proposta do Projeto Entrevistas Iniciais,onde pode-se constatar a importância das Consultas Terapêuticas. Baseada na Obra de Winnicott (1985), que propõe, dentro do referencial psicanalítico, o acolhimento do paciente que está sofrendo através de intervenções precoces, levando o terapeuta a uma postura mais ativa, que proporciona ao terapeuta uma maior capacidade de compreensão de seu momento de vida e, consequentemente, em uma melhor qualidade de vida .

Caso Clínico – FN

Nome: FN
Idade: 38 anos.
Estado Civil: Solteiro, sem namorada.
Profissão: nível superior, sem emprego formal á alguns anos;
Residência:junto aos pais.

QUEIXA PRINCIPAL:

Ele buscou o Aapoiar , referindo-se a estados alternados de depresssão e euforia, com apresentação de Parafilias. (nunca mencionou quais seriam as parafilias que apresenta)
Procurou o APOIAR por não ter condições financeiras de manter o acompanhamento psicológico indicado pelo psiquiatra.

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO:

Transtorno Afetivo Bipolar (CID 10) ou Transtorno Afetivo Bipolar do Humor (DSM IV), feito em há quase dez por psiquiatra, após uma de suas maiores crises de euforia, sendo acompanhado desde então.

TRATAMENTO INDICADO : Psicoterapia e Prescrição Medicamentosa:

O estado de bipolraridade que ele ap´resenta, pode ser descrito assim:
- Caracterizada por períodos alternados de humor depresssivo e de euforia (Mania). Tais períodos podem durar semanas, meses ou anos.
- A doença bipolar do humor não é inteiramente conhecida, há fatores biológicos (relativos a neurotransmissores cerebrais), genéticos e biológicos podem determinar como o indivíduo reage aos estressores psicológicos e sociais, mantendo a normalidade ou desencadeando a doença.

Há 3 tipos de manifestação: Hipomania; Episódios mistos; Ciclotimia. Aparece com a mesma freqüência em homens e em mulheres.

Como ele se refere a Parafilias, essas são assim descritas: (segundo o site psiqweb – DSM IV)

As parafilias são caracterizadas por anseios, fantasias ou comportamentos sexuais recorrentes e intensos que envolvem objetos, atividades ou situações incomuns e causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

PARAFILIAS (Segundo o site psiqweb-dsmiv)

Em geral envolvem:

1) Objetos não-humanos;
2) Sofrimento ou humilhação, próprios ou do parceiro;
3) Crianças ou outras pessoas sem o seu consentimento

São elas: Exibicionismo; Fetichismo; Frotteurismo; Pedofilia; Masoquismo; Sadismo

Em nenhum momento, o paciente foi capaz de mencionar qual comportamento alterado ele apresenta nessa direção, sempre denotando muita vergonha e angústia.

DINÂMICA DO PACIENTE FN:

.Observamos que DN se mantem mais tempo em depresssão do que em mania;

.Na depresssão tem desânimo, dorme muito, não trabalha, não conclui o que começa e depois se cobra por isso.

.Em mania tem comportamentos que lhe dão vergonha depois.

.Parafilias: Iniciaram antes dos 21 anos; acha que mais aparecem quando está em depresssão. Não procurou ajuda especializada no assunto.

ANDAMENTO DAS SESSÕES:

-Boa apresentação, tímido, introvertido.

-Contribuía e prestava atenção nas pontuações, repetindo-as posteriormente.

-Falou de si, mas por ter sido informado que teria apoio apenas até ser encaminhado, não formou vínculo.

-Boa apresentação, tímido, introvertido.

-Teve dificuldade de contar detalhes dos períodos de euforia e não contou sobre as parafilias.

-Durante várias sessões queixou-se da dificuldade de concentrar-se no trabalho de informática, porém satisfazendo-se e progredindo no trabalho junto a um grupo de teatro.

Fomos percebendo que DN apresenta sérios problemas de Identidade.

ENCAMINHAMENTO:

Por necessitar de tratamento específico e de longo prazo, fizemos contatos com outras entidades, visando o seu encaminhamento:

_PRODAF da UNIFESP – Programa destinado aos portadores de transtornos depresssivos, maníacos e ansiosos; sem vagas já há 1 ano, necessário aguardar na fila.

_GRUDA do HC- Programa destinado a portadores de problemas afetivos, inclui bipolar. Não fazem tratamento individual, apenas palestras abertas para o público interessado, uma vez por semana..

_PRÓ-SEXI do HC – Programa destinado a pessoas com distúrbios de Sexualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

-FN acompanhou o desenvolvimento dos contatos efetuados e mostrou-se agradecido a cada passo.

-Foi cooperativo e compreendeu a importância do apoio fornecido para aquele período de transição.

-Através das intervenções das consultas, pudemos trabalhar aspectos importantes para que FN pudesse manejar melhor os acontecimentos mais estressantes de sua vida, como:

-Aceitação da doença como crônica.

-Aderência ao tratamento farmacológico.

-Identificação de comportamentos típicos ao início das crises, por ele ou por um familiar.

-Diminuição do estigma associado.

-Aprendizagem da habilidade para lidar com problemas, sintomas e dificuldades.

-Iniciativa para trabalhos de acordo com sua identificação vocacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

-WINNICOTT, D. - Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil, Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda., 1984

-WINNICOTT, D. - Explorações Psicanalíticas - D. W. Winnicott, Clare Winnicott, Ray Sheppard, Madeleine Daves, p.244-248 - Porto Alegre, Artes Médicas,1994

-TARDIVO, L. S. L. P. C. e GIL, C. A . (organizadores) - Jornada APOIAR - Propostas de Atendimento, São Paulo, Instituto de Psicologia -Universidade de São Paulo, 2005 .

RELATO DE UM ATENDIMENTO EM FORMA DE CONSULTAS TERAPÊUTICAS

Aline de Moura;

Márcia Aparecida Isaco de Souza

Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

O Projeto APOIAR, inserido no LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL do Instituto de Psicologia da USP, como o objetivo de atender à demanda institucional e à comunidade, vem oferecendo atendimentos diferenciados principalmente visando o abrandamento do sofrimento humano.

Com isto faz-se um trabalho de recepção dos pacientes que nos procuram a partir de Entrevistas Iniciais como Consultas Terapêuticas (Winnicott,1955). A partir desses primeiros contatos, tentamos mostrar a(o) paciente a(s) suas reais dificuldades, e onde elas estariam impedindo ou dificultando na obtenção de uma maior adequação à vida. Percebemos isto no relato de uma paciente de 30 anos de idade, que vem com a queixa de maus tratos do marido, durante todo um percurso do seu casamento, além de queixas depresssivas.

Foram realizados seis encontros, em um período de dois meses e meio. Nesse período foi possível mostrar-lhe outras necessidades para que houvesse uma maior satisfação no seu dia a dia, como por exemplo seu encaminhamento ao serviço de psiquiatria existente neste serviço, a partir das queixas apresentadas, o que foi prontamente aceito pela paciente.

Mesmo as faltas da mesma durante esse período, puderam ser compreendidas como pedido de socorro, em relação às dificuldades muitas vezes em sair de casa para vir aos atendimentos. O setting oferecido, principalmente nas primeiras entrevistas, deu à paciente realmente o que precisava: o holding que recebeu proporcionou uma

adaptação ambiental às necessidades dela, permitindo que não tivesse a sensação de contínuos fracassos, como viveu ao longo de toda sua vida.

O diagnóstico de depresssão, fornecido pelo psiquiatra do CAPS, de três anos atrás à procura da paciente, fez com que a paciente questionasse quanto a ele, pois já se percebia deprimida quando estava grávida de sua filha, há dez anos atrás, pois já havia sofrido três ameaças de aborto, sendo que a ginecologista lhe receitou um calmante, e que a procurasse para conversar se necessitasse.

Paciente chega logo na primeira entrevista dizendo à psicoterapeuta que estava nos seus dias de crise.

A paciente apresentava histórico de violência e sensação de abandono desde sua infância. Ainda bebê, a mãe a deixou na casa dos avós maternos porque uma de suas irmãs estava doente e queria a presença da sobrinha. Foi somente nessa época que o avô a aceitou dentro de sua casa, e ela acabou ficando com eles. Então ela chama os avós maternos de pai e mãe, mas enfatiza que embora goste deles nunca os viu como tais, principalmente pela falta que sentia de um pai (seu pai biológico não a assumiu quando sua mãe engravidou porque estava preste a se casar com outra mulher). Ser avô senpre a tratou muito bem, mas era violento com as filhas e principalmente com a esposa (paciente chegou a entrar na frente de sua avó porque o avô estava apontando uma arma para ela, dizendo que iria matá-la). As tias da paciente tinham ciúmes da atenção que o avô dava a ela e batiam nela constantemente, proibindo-a de contar para o avô; a paciente obedecia, mas se escondia no quintal, onde chorava muito e se mordia (relatou que ficava cheia de hematomas).

Seu relacionamento com a mãe era muito conturbado o que permanece até os dias atuais. Ela sempre foi violenta com a paciente e chegou a bater sua cabeça várias vezes contra o chão durante uma discussão quando ela já estava com 20 anos de idade, só parando quando os tios conseguiram segurá-la e então a paciente já estava quase desmaiada.

Aos 14 anos, perdeu a virgindade e com isto foi expulsa da igreja que frequentava, Testemunha de Jeová. Casou-se aos 17 anos e aos 20 engravidou de sua única filha.

Separou-se do marido aos 22 anos por motivos de várias traições. Após 10 anos de afastamento da igreja, voltou a frequentá-la. Dois anos após, começou a relacionar-se com um "irmão" da igreja, sendo expulsa novamente por manter relações sexuais com ele.

A partir disto, procurou ajuda com seu pai, mas este não se dispôs a tal. Consequentemente, não mais o procurou. Voltou a procurar um ex-namorado com o qual se relaciona até hoje. Várias tentativas de separação mas a paciente sempre reconsiderava e voltava ao relacionamento, sempre com medo de ser agredida.

Paciente vivia sofrendo humilhações pelo fato de ter ganhado peso, de já ter saído com vários homens e também de ter traído seu ex-marido.

A relação da paciente com sua filha é conturbada, pois ela a irrita muito. Acredita que a filha também sofre de depresssão (a escola pediu para a mãe procurar uma psicóloga que fornecesse um parecer psicológico da menina devido ao comportamento que vinha apresentando). O pai de sua filha estava prestes a ser julgado por ter assassinado sua ex-mulher e logo depois ter tentado o suicídio; a pensão da menina estava muito atrasada, mas ela não cobrava porque, se o pai pagasse, ele teria o direito de passar mais tempo com a filha, o que ela não queria por Ter medo dele fazer algo contra ela. Paciente diz que não quer que a filha passe pelo que ela passou, mas não percebe que faz o mesmo: abandonou a filha com sua avó (embora diga que sempre vai vê-la, não percebe o quanto a filha faz de tudo para chamar sua atenção) e deixa a família inteira interferir em sua criação.

Paciente se diz viciada em sexo, por isso que saía com vários homens em um único dia. Atualmente não sente mais tanto desejo, concluindo ser devido a grande quantidade de remédios que toma. Chega a dizer que já se sentiu quase como uma prostituta, em função de tantos homens com quem se relacionou, mas em função de sentir-se muito só.

Quando a paciente foi questionada sobre como seria sua vida sem tanta violência, paciente respondeu que era tudo que mais queria. Coloca-se "misturada" com sua filha,

quando diz que esta também está sofrendo muito, colocando-se várias vezes como se sentindo amarrada.

Na segunda sessão lhe foi apresentada a possibilidade de se conseguir ajuda em alguma instituição especializada em mulheres vítimas de violência, o que foi muito bem aceito por ela, que qualquer ajuda seria válida, já que queria mudar.

Na terceira sessão foi-lhe entregue os meios de entrar em contato com a Casa Eliane de Grammont, e ela deveria voltar a telefonar para a psicoterapeuta somente após tê-lo feito, pois com isso, iria se perceber o movimento da paciente para procurar ajuda.

Na sessão seguinte, paciente diz estar sentindo-se melhor e que tinha adorado ir a Casa Eliane de Grammont, onde foi atendida por uma assistente social, de forma muito agradável e compreensiva. Mas percebeu-se a partir daí uma certa acomodação por parte da paciente em não mais voltar à Casa, esperando que ela recebesse ligação deles. Psicoterapeuta lhe disse então que quando a paciente ligasse para a instituição e então tivesse a resposta de quando teriam vaga, daí sim marcariam novo encontro entre a paciente e a psicoterapeuta.

Durante semanas após o último atendimento, a paciente avisou, por telefone, que já havia conseguido encaminhamento para atendimento psicológico na Casa Eliane de Grammont e por isso não voltaria mais à clínica do IPUSP. Também contou que havia saído da casa do marido e estava morando com sua mãe. Duas semanas após esse telefonema, paciente tinha atendimento marcado o psiquiatra do serviço e a psicoterapeuta então aproveitou para realizar um breve atendimento, a fim de esclarecer como estavam ocorrendo taís mudanças na vida da paciente.

Sobre a sensação de estar vivendo sem o marido, diz que estava sendo maravilhoso viver sem medo e sem ele a perturbando, enfatizando que estava mais tranquila e que sua filha estava muito feliz por estar morando com a mãe novamente (mas acrescentou que ficava muito irritada com o fato da filha ficar tentando chamar sua atenção o tempo todo).

A psicoterapeuta a alerta para o fato de que mudanças não ocorrem rapidamente e que ela deve vivenciar bem esta experiência de estar longe das “perturbações”, para assim decidir o que realmente a faz feliz.

Ao longo das sessões em consultas terapêuticas, a paciente mostrou-se uma pessoa que não se achava merecedora de coisas boas e tentava agradar aos outros o tempo todo, agradecendo constantemente e trazendo presentes para a psicoterapeuta. Também estava disposta a seguir as orientações que lhe eram dadas, tanto pelo psiquiatra quanto pela psicoterapeuta, comparecendo às consultas psicoterápicas e tomando as medicações prescritas.

A confiança que a paciente depositou no atendimento oferecido no Projeto APOIAR evidenciou uma carência constante resultante principalmente da falta de cuidados e atenção desde sua infância. Esse forte apego às pessoas do projeto parece vindo da sensação de acolhimento, algo que nunca foi muito presente em sua vida. Desde criança, paciente se sentiu abandonada: em todas as sessões, referia-se ao sentimento de solidão tanto ao relatar experiências da infância quanto às mais atuais; também dizia que não perdoava a mãe por tê-la abandonado e as tias por baterem nela. Em nenhum momento ela se sentia protegida, já que até mesmo seus avós, figuras que lhe traziam mais segurança, viviam em conflitos sérios e não percebiam sua carência e a violência física causada pelas tias.

O setting oferecido, principalmente nas primeiras entrevistas, adequou-se ao que a paciente realmente precisava: o holding que recebeu proporcionou uma adaptação ambiental às necessidades dela, permitindo que seu ego experimentasse impulsos sem a sensação de continuos fracassos, como viveu ao longo de toda sua vida. Mais grave do que a violência física foi toda a violência psíquica e a negligência de cuidados que sempre acompanharam a paciente. Essa negligência constante acabou fazendo a paciente naturalizar a violência em sua vida, o que se percebe em todos os relacionamentos importantes posteriores que teve, tanto com os homens (não houve nenhum dos que ela citou que não a feriram psicológica ou fisicamente) quanto com a filha (a paciente não percebeu que estava repetindo no relacionamento com a filha a maioria das queixas que trazia de sua infância e do relacionamento que teve com sua mãe.

Foram notáveis alguns avanços na percepção da paciente sobre sua vida e os problemas que enfrenta, principalmente no que se refere a movimentos de busca por ajuda. Porém, todas devem ser encaradas com cautela, objetivando o não impedimento de discernir algumas situações onde seu próprio bem-estar está em jogo.

Referências Bibliográficas:

Azevedo, M.A . Infância vítima de violência. In: Azevedo, M.A .; Guerra, V. N. A . (org) Infância e Violância Doméstica: Fronteiras do Conheciemnto, 1ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 1993, p.232-345

Winnicott, D. W. – *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil,* Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda, 1984.

Winnicott, D. W. – *Explorações Psicanalíticas* – D. W. Winnicott. Clare Winnicott, Ray Sheppard, Madeleine Daves, p.244-248-Porto Alegre, Artes Médicas, 1994

Winnicott, D. W. Preocupação materna primária (1956). In: *Textos selecionados: Da Pediatria à Psicanálise.* 2ª edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1982. P. 491-498

ENTREVISTAS INICIAIS
ATENDIMENTOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS

Valéria de Angelis Vieira
Márcia Aparecida Isaco de Souza
Cláudia Aranha Gil
Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

Crises Inesperadas da Vida Adulta

Sabemos que em todo o desenvolvimento do ser humano existem crises que são esperadas, já fazem parte do processso de maturação e crescimento. Por serem esperadas, previsíveis, o próprio indivíduo e o grupo onde se encontra, acabam por autorizá-las, legitimá-las. Para Erickson (1976), as etapas da vida são várias e se iniciam com o nascimento, trazendo desde este momento desafios que devem ser aceitos visando as adaptações contínuas as exigências do ambiente e, consequentemente, o equilíbrio necessário para a fase em que se encontra. Mas também existem as crises do desenvolvimento que são ocasionadas por situações inesperadas que provocam muito sofrimento e nos levam ao desequilíbrio.

Quando nos referimos à palavra crise, nos referimos a um período de transformação e transição entre duas etapas da evolução do ciclo de vida.

A *"Crise"* na sociedade ocidental é vista como um período desastroso da vida do ser humano, porém inevitável, uma vez que seria pré-condição para se alcançar o estágio seguinte do próprio desenvolvimento. Porém, nas sociedades orientais, a palavra "Crise", é representada pelos ideogramas "Oportunidade e Crescimento", focalizando assim um momento de evolução.

Se por um lado as crises geram desequilíbrios, também estimulam a busca pelas soluções, a busca do equilíbrio perdido, levando o ser humano a adaptar-se às mudanças internas e externas, fazendo com que "a vida seja um processso continuo de redefinições, redescobertas e objetivos que não cessam com o passar dos anos, mas não, necessariamente, sem sofrimento".

Assim, através desta perspectiva que nos deparamos com "L": um homem de 45 anos, que havia acabado de divorciar-se em função de descoberta de traição por parte de sua esposa, com a qual estava casado há aproximadamente 20 anos. "L", profissional da área de computação, havia acompanhado a troca de mensagens pela internet entre a esposa e um outro homem, por sete meses, até certificar-se de que realmente ela mantinha um caso extraconjugal. A esposa não negou e assim não havia outra possibilidade a não ser a separação, em relação a qual seus desejos lhe traiam, uma vez que a amava. Este fato levou-o ao desequilíbrio, pois acreditava que já se encontrava em uma "fase de estabilidade" na vida: dois de seus filhos, 24 e 23 anos, estavam começando a buscar independência e com isso estavam saindo de casa. O outro ainda adolescente, por volta de seus 16 anos, seguia o curso normal de desenvolvimento, o que o levava a fazer planos para um futuro calmo e tranqüilo ao lado de sua esposa, pois segundo o seu critério, já havia cumprido seus objetivos em relação à família, ao crescimento e educação dos filhos e a própria profissão.
Porém a separação gerou uma crise inesperada, levando-o a desenvolver um quadro de Depresssão Moderada. A separação havia se dado há quatro meses quando passou pelo Psiquiatra e foi medicado, demorando cerca de três meses para procurar atendimento Psicológico, e quando o fez, disse "nunca pensei que ia passar por isto". Porém a situação se agravou com a perda de seu emprego. Não entrou em desespero porque possuía economias e sabia que poderia acionar o seguro desemprego caso fosse necessário.

"L" foi encaminhado para o Projeto APOIAR do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clinica e Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, que desenvolve o Projeto Entrevistas Iniciais. Foi, assim, acolhido sob os princípios das Consultas Terapêuticos de Winnicott e da Psicoterapia Breve de Ryad Simon, cujo norteador é o critério adaptativo para avaliação do sujeito em relação a si mesmo e ao ambiente.

O projeto chamado de Entrevistas Iniciais tem por objetivo acolher, sob os referenciais Winnicotianos das Consultas Terapêuticas (1984), as pessoas que estão em sofrimento, sendo que desde o primeiro encontro já se realizam intervenções que convidam a uma elaboração da situação vivenciada, podendo inclusive promover mudanças. As entrevistas são aproximadamente em número de três, sendo que

posteriormente o paciente pode ou não ser encaminhado para outro psicoterapeuta que dará início à psicoterapia propriamente dita, em geral de tipo breve. Em casos excepcionais, são realizados atendimentos psicoterápicos mais longos e tradicionais..

Lembro ainda que, para Knobel (1986), a psicoterapia breve tem por objetivo propiciar "Reeducação Emocional", ou seja, dar condições para que o indivíduo restabeleça um funcionamento adequado através de uma experiência emocional corretiva, sendo necessário para tanto, que o indivíduo possua aspectos sadios e áreas de estruturação positivas, possibilitando o cumprimento da finalidade a qual se propõe, ou seja, a de alcançar uma vivência plena dentro de um processso constante de desenvolvimento e crescimento.

De maneira complementar a esta postura, também empregamos a EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada –(Simon, R – 1989) que se utiliza do critério da adaptação para avaliar a condição do indivíduo, sendo esta verificada através dos setores afetivo-relacional (das relações), da produtividade (trabalho), do sócio-cultural e do orgânico, permitindo verificar se o indivíduo encontra-se ou não adaptado e em maior ou menor conflito, possibilitando assim, o estabelecimento de um diagnóstico que norteie a condução da elaboração dos conflitos existentes.

Todo este trabalho desenvolve-se dentro do que chamamos Enquadres Diferenciados de Atendimento, ou seja, as sessões, em virtude da freqüência do terapeuta, foram marcadas quinzenalmente e com duração de 1hora e 20 minutos, tentando-se desta maneira, diluir ou minimizar os prejuízos advindos deste intervalo de tempo entre os atendimentos. Esta questão foi amplamente discutida com o paciente, sendo-lhe colocado com clareza que a qualquer momento, poderíamos alterar o nosso contrato, se assim achasse necessário.

Desenvolvimento do Caso

Até o momento foram realizadas oito sessões, sendo que inicialmente estipulou-se a o número de doze. Através da EDAO, pode-se verificar os setores de sua vida que apresentavam maior prejuízo, ou seja, onde "L" estava pouco adaptado: no aspectos Afetivo-Relacionais e da produtividade.

No início de nosso trabalho, "L" ateve-se ao relato de sua trajetória de vida, mas com o passar do tempo acabou deixando transparecer sua indignação em relação a atitude da esposa. Não podia compreender porque ela havia agido daquela maneira. Descreveu

sua relação como sendo muita satisfatória em todos os aspectos e se autodenominou como um bom marido: atencioso, participativo, compreensivo, afetuoso, etc. Demos ênfase ao fato de que a decisão de sua ex-esposa talvez não necessariamente tivesse relação com sua conduta. Este era um processso que pertencia a ela e não poderíamos, na verdade, saber o real motivo de sua decisão. Justificar a perda não diminuiria a dor de sentir-se abandonado. “L” encontrava-se desanimado, não estava se alimentando adequamente, não saía de casa e passava os seus dias entre o sofá e a cama.

Este processso agravou-se com o fato dos filhos terem saído de casa. Mesmo sabendo que aquela saída não significava um rompimento, mas sim legitimava a sensação de dever cumprido em relação a eles, “L” passou a sentir-se mais solitário. O filho menor transitava entre a casa do pai e da mãe, tentando usufruir o que havia de bom em ambos os lados e fugindo do que não lhe era agradável. Esta atitude foi permitida até que em uma festa ele teve coma alcoólico, levando os pais a tomarem atitudes mais rígidas. Os pais marcaram reuniões periódicas para discussão do comportamento do adolescente. Até aquele momento seus sentimentos em relação a ex-esposa o fazia pensar até em pedir para que ela voltasse. Nesses encontros o filho teve oportunidade de verbalizar que esperava que os pais reatassem o casamento. Naquele momento, ela assumiu sua nova relação e descartou qualquer possibilidade que apontasse para esta direção.

Em relação ao trabalho, “L” começou a manifestar preocupação: Começou a mandar currículos e responder a anúncios, mas por algum tempo não obteve nenhum retorno. Isto contribuía para sua insegurança e sentimentos de fracasso, pois ao final das contas, ele não estava sendo bom o suficiente em nenhum aspecto de sua vida. O sentimento de autopiedade aflorou, o que pode ser trabalhado nas sessões.

Porém, a partir desse momento, algo mudou: Inicialmente começou a ocupar o seu tempo livre com pequenos reparos em sua casa, depois começou sentir até um certo prazer em fazer isto. Pintou o seu quarto e mudou a iluminação. Em uma comemoração familiar, onde a família decidiu reunir-se em sua casa, perceberam as reformas e o parabenizaram pelo resultado. Embora seu humor ainda estivesse deprimido, parecia estar mais confiante. Novamente mandou alguns currículos e fez uma entrevista de emprego tendo ficado muito surpreso com o seu desempenho. Parecia que sua segurança e autoconfiança começavam a reaparecer. Começou a fazer planos para a vida profissional e a procurar novas oportunidades. Paralelamente, continuou

reorganizando sua casa: decidiu reorganizar o closet e, embora observasse o espaço vazio, também pode valorizá-lo uma vez que isto lhe permitia distribuir seus pertences de outra maneira. Esta reorganização externa ocorria a medida que supúnhamos uma reorganização interna.

Surpreendentemente um de seus filhos que estava morando em outro Estado, foi transferido para São Paulo, e recebeu uma promoção. Ele voltou a morar com o pai, o que contribuiu para que o outro irmão se reaproximasse. Até o filho mais novo, decidiu ficar definitivamente sob a guarda do pai. "L" conta com alegria o restabelecimento das relações que mantinha com os filhos, e a possibilidade de fazerem hoje as velhas brincadeiras que faziam quando todos eram crianças.

As entrevistas de emprego continuaram aparecendo e no momento aguarda a resposta de um teste que realizou em uma empresa multinacional.

Considerações Finais

O projeto de Consultas Terapêuticas têm se mostrado uma importante contribuição no que denominamos de intervenções precoces. Baseada na Obra de Winnicott (1985), que propõe dentro de um referencial psicanalítico, o acolhimento do paciente que está sofrendo, levando o terapeuta a desempenhar uma função mais ativa, é o que proporciona ao paciente uma maior capacidade de compreensão de seu momento de vida. Vale a pena ainda mencionar a relevância da terapia medicamentosa, como aliado no caso das Depresssões, como nesse caso. Esse processso está propiciando a "L" uma oportunidade de reavaliar suas escolhas e reorganizar sua vida.

Observamos vivamente, a partir dos encontros que vimos tendo, que a adaptação a sua nova condição vem ocorrendo gradativamente, permitindo, assim, o restabelecimento de seu equilíbrio.

REFERÊNCIAS

Erikson, E. H – Identidade, Juventude e crise , Zahar, Rio de Janeiro, 1976.

Knobel, M. - Psicoterapia Breve, São Paulo: EPU, 1986.

Simon, Ryad - Psicoterapia Clínica Preventiva: Novos Fundamentos São Paulo: EPU, 1989.

Tardivo, L.S.P.C; Gil, C. A e Cols. - Anais da III Jornada APOIAR: Atendimentos

Clínicos Diferenciados e Inclusão : O Papel da Psicologia Clínica Social, São Paulo: USP, 2005.

Winnicott, D.W. – Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil, Rio de Janeiro: Imago, 1984.

PSICOTERAPIA Y PSICODIAGNÓSTICO: RELACIONES Y TAREAS COMPLEMENTARIAS: UN ESTUDIO DE CASO[21]

Renato Cury Tardivo[22]
Ligia Mitsuko Furusawa[23]
Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

Introducción :

G. de 21 años , se quedó en psicoterapía 14 meses, después de 6 meses ha sido solicitada una evaluación psicológica. Esa ha sido realizada en el APOIAR. Y a seguir vamos presentar eses datos, los cuales evidencian aún el valor terapéutico de una evaluación psicológica.

El consultó el médico por que estaba con dificultades para se concentrar y sentíase deprimido. El psiquiatra, que lo siguió atendiendo, le recomendó un acompañamiento psicológico. Meses más tarde, el médico le solicitó una evaluación psicológica, para evaluar si as dificultades de concentración estarían relacionadas a trastornos neuro psicológicos o eran debidos a la depresión

G. ha sido encaminado hacia una psicóloga del APOIAR que se responsabilizó por esa fase de evaluación (mientras se mantiene en la psicoterapia)

Ella hizo entrevistas iniciales y le tomó distinctos tests psicológicos, y después realizó una entrevista devolutiva.

EVALUACIÓN –

Datos de la entrevista

Muchacho de 21 años, estudiando en un curso de preparación para ingreso en la facultad (clases preparatorias para la universidad). Terminó el 2º grado (high school) hace 2 años. Trabajaba y estudiaba, pero por una depresión se ha quitado de todas las actividades y algún tiempo después procuró un psiquiatra. Volvió a estudiar en este

[21] Trabajlho apresentado no XIII Congreso Latinoamericano de Rorschach y Métodos Proyectivos, Lima, Peru, de 2 a 5 de agosto de 2006; não publicado na íntegra (inédito)
[22] Psicólogo, estudante de pós graduação (mestrado) no PSA – Instituto de Psicologia da USP; membro do APOIAR
[23] Psicóloga. Técnica do PSA – Instituto de Psicologia da USP. Membro do APOIAR

año. Dijo que quiere una carrera en el área de ciencias biológicas. Intentó el examén de ingreso a la universidad (vestibular) para fonoaudiología y fisioterapia .después intentó el curso de medicina .para ese año , intentará las pruebas del vestibular para enfermage, fisioterapia y biologia en alguna otra universidad fuera del estado de são paulo. Se mostró muy tímido en la primera entrevista y muestra dificultad en expresarse verbalmente. Tiene dificultad en terminar sus hablas y usa mucho las expresiones “así, es... Es... Es eso”.

Recibimos un pedido de evaluación neuro psicológica. La sugerencia de hacer esa evaluación ha sido del psiquiatra que lo acompañaba porque este paciente pensaba tener dislexia, ya que no lograba concentrarse y tenia dificultad de realizar tareas que envolvieran números, a punto de no llamar otras personas por teléfono porque no lograba memorizar el número de teléfono de ellas. Se ponía muy inquieto, nervioso, cuando hablaba de sus dificultades. Indagado sobre la dificultad con los números, dijo que cuando se dió ya estaba en las clases preparatorias para la Universidad.

El paciente dice que le gusta mucho asistir a videos, jugar *games* y “bajar” músicas en la *internet*. Puede permanecer horas entretenido en esas actividades. También le gusta manejar autos, pero tiene dificultad porque confunde derecha y izquierda. El paciente no tiene la costumbre de manejar, por eso no necesita estar atento a las “derechas y izquierdas” de las calles y, por eso, la confusión.

La psicóloga le pregunta que estrategias usa para hacer exámenes. Hace asociaciones para acordarse. Le gusta hacer “cosas rápidas” (sic): Biologia, Historia, Geografía. Para aprender, prefiere oir y ver a leer. Le gusta la disciplina de Portugués, “tengo buenas ideas pero no las desarrollo”. Dice que habla mejor de que escribe. También se interesa por Física, “el raciocínio de las cosas así... no tiene matemática, es más raciocinio... viaje en el tiempo, es... porque un objeto se mueve en tal velocidad...”.

No logra dar muchas informaciones sobre su escolarización. Dice que no se acuerda de mucha cosa. Una información importante es que el paciente estudió en escuela técnica estadual, que exige ingreso por “exámenes como los de una Universidad”, debido a la gran demanda de candidatos.

Indagado sobre la psicoterapia, dice que está en terapia hace seis meses y le fue recomendada por el psiquiatra. “Ayuda tener alguien para hablar”. Mejoró de la

depresión y quitó el uso de medicinas por su propia cuenta hace dos meses y ha dispensado al psiquiatra.

El paciente vive con sus padres y un hermano menor que estudia en otro "institución de clases preparatorias para la Universidad. No sabe bien la edad de su hermano: "Él es dos años menor que yo, él tiene.....18!". No le gusta mucho estar con su familia. Le gusta más estar solo.

Se describe como el "rebelde" de la familia. No tiene muchos amigos y dice que es el más independiente entre todos ellos. Nunca tuvo un relación. "No soy sociable, llego en un punto y paralizo. No tengo ciertas iniciativas, no logro charlar, llamar para salir a un paseo, no lo logro." Indagado sobre el tipo que más lo atrae, responde "Morenas, tipo... depende del momento. Moreno. Es eso."

Durante las entrevistas, percibo que el paciente siempre se presenta de la misma forma: camisetas (T-shirt), pantalón jeans y tenís(tennis shoes) de color escuro; siempre usa un busón o camisa sobre la camiseta. Casi siempre viene con gorra. Usa el pelo corto y usa discreta aros de plata en la oreja izquierda; roe las uñas. Siempre habla poco y bajo. No se pone curioso con el ambiente, el material usado, ni mismo con mis anotaciones. Es siempre puntual y evita manifestar preferencias sobre las actividades propuestas. Nunca tiene dudas y no hace preguntas. También nunca tiene nada para comentar o acrecentar. En las actividades que necesita concentrarse acostumbra se ajenar trabaja siempre en silencio. Usa un reloj antiguo y bien usado. Los horarios analógico y digital no son iguales; solo el reloj digital tiene horario correcto.

Sobre su niñez, el paciente informa que vivió con su abuela materna en Osasco (cerca de São Paulo), desde la 1ª hasta la 5ª año (entre 7 y 11-12 años). Vivía allá con el hermano durante la semana y volvía a la casa de los padres en los fines de semana. Dijo que se ha mudado varias veces de escuela, pero no sabe el motivo y tampoco en cuantas escuelas ha estudiado. Le gustaba jugar bola y ver la tele; vivía en una casa grande, con la familia de la abuela.

Dibujos Cuentos: Demora alrededor de 15 minutos para hacer cada dibujo.

Ha sido tomado el Procedimiento de Dibujos Cuentos de Trinca (1997)

Dibujo 1: Tiene dificultad para iniciar la actividad. Trabaja solo con lápiz negro y usa casi media hoja. Pregunta “se necesita más (dibujos)?”. Digo que puede ser como quiera. Alcanza otro lápiz, de color, y continua en la otra mitad de la hoja. Al final, dice que es el universo, la noche, la mar con sol. La historia también presenta una dicotomía, como el dibujo, siempre hablando de la relación y oposición. Título: Los opuestos.

Dibujo 2: Mira por la ventana, agarra el lápiz negro y hace varios trazos verticales y otros horizontales. Dibuja espirales con lápiz verde y trazos anchos con lápiz marrón. Desiste. Veo que intentaba dibujar los árboles vistos por las grades de la ventana.
** todos los dibujos e ilustraciones han sido inseridos al final del texto)*

Dibujo 3: Tamborilea los dedos y se pone a dibujar. Trabaja solo con lápiz negro. Dibuja dos caricaturas. Dice que están charlando sobre cosas sin importancia haciendo alusión a los (graves) acontecimientos políticos actuales, pero no llegan a ninguna conclusión. Título: Boemia.

Dibujo 4: Tarda a empezar. Usa lápiz negro y dibuja construcciones; por fin, llena parte de los espacios en blanco con los colores azul y naranja. Habla sobre una ciudad y su movimiento. La soledad de sus moradores, aislados, sin interación. Título: La ciudad no para.

Bender-Hutt

Hemos tomado la adaptación Hutt del teste de Bender (Hutt, 1985)
En la fase de copia, ejecuta dibujos grandes, ocupando buen espacio en la hoja, coligiendo las figuras y hasta mismo integrando una figura en la otra.
En la fase de memoria, las figuras fueron un poco menores y mejor repartidas en la hoja. Están representadas todas las figuras, aunque distintas de la forma original en algunas de ellas.
En la fase de elaboración, no hubo ninguna representación original. Todas las figuras son respuestas populares.
Alcanzó 68,5 puntos en la Escala Revisada de Psicopatología, con secuencia confusa en la fase de copia que sugiere una neurosis de ansiedad.

En el análisis de configuración de la adaptación Hutt el paciente alcanza el escor marginal de 6 puntos para esquizofrenia. Sin puntuación para lesión cerebral o depresión unipolar.

***HTP-P**:*

Hemos seguido las normas de Buck en la traducción acepta en el Brasil (Back, 2003)

Toda la secuencia ha sido hecha con lápiz negro, con 15 minutos para cada dibujo con historia, mientras no sean muy elaborados.

En esta secuencia surgen fuerte tendencia al retraimiento y una preocupación con él mismo, frente a su inseguridad y sentimiento de inadecuación. Demuestra una gran necesidad de apoyo y seguridad, denota tensión o ansiedad. Tendencia a la fantasía. Se percibe también alguna indicación de paranoia y agresividad contenida, conflicto en la identificación sexual y problemas en la maduridad.

Casa: Dice que es una casa de época, con varias habitaciones y con mato al rededor. Los antiguos moradores tuvieron que desocupar la casa. Es una casa de familia portuguesa.
En la investigación el paciente dice que es una casa de familia burguesa que perdió la fortuna y, por eso, la casa está se deteriorando. La familia que en ella vive es grande y actúa de modo conservador.

Árbol: Dice que es un “albol”, una de las últimas a restar de un bosque porque aún da frutos. En la investigación dice que en ella hay un nido de pájaros. El árbol continuará a dar frutos y los pájaros allí continuarán.

Persona : Suspira mirando el dibujo. Dice que es un ser virtual que quiere tornarse humano. En la investigación dice que es un ser que quiere tornarse humano como un

Pinoche virtual. Dice que este ser vive en el mundo virtual. La historia no termina porque van surgiendo nuevos clones de este ser.

Persona del otro sexo: Tratase de una caricatura. Dice que es el tipo de persona que habla demasiado, el “bueno ; lo mejor ”, pero es un mediocre, que no tiene función para la humanidad. En el inquérito confirma lo que ha hablado en la historia y dice que va terminar solito, contando historias de cuando era pibe.

Figuras Complexas de Rey

(Rey, 1989)

Fase de Copia hecha en 2´53”.

Fase de Memoria hecha en 3´35” con varias pausas durante la ejecución.

La estructura del dibujo es ejecutada según la orden lógica en la fase de copia.
En la fase de memoria la estructura está modificada, pero es reconocible.

WAIS-III

Hemos tomado la escala Wechsler de Inteligencia para adultos traducida y validada en nuestro medio

En esta prueba, el paciente consigue mejor desempeño en los subtests de ejecución.

Dos subtests llamaron la atención: en dígitos, secuencia de números y letras y aritmética su desempeño ha sido bajo, por su nerviosismo aparente durante la ejecución de este subteste; en cubos su desempeño ha sido excelente, ejecutando los dibujos de los modelos con tiempo abajo del tiempo-límite, menos el último modelo. En los demás subtests, su desempeño ha sido dentro de lo esperado.

Tiene una inteligencia normal.

BPR-5 (Bateria de Pruebas de Raciocinio) (*Primi,2000)*

En esta batería el desempeño del paciente permaneció entre percentil 40-45 a 80-85, siendo el único percentil abajo de P50 el que se refiere a la prueba de Raciocinio Numérico. En las demás pruebas, el desempeño está siempre más alto que el P50.

Entrevista Devolutiva

El paciente llega visiblemente ansioso a la entrevista. Charlamos sobre todo el material envuelto en la evaluación y informamos que no se trataba de ningún problema neurológico y que la sospecha de dislexia estaba descartada. La reacción del paciente ha sido visible, como se un gran peso salise de sus espaldas. Continuando la entrevista, informamos que el problema a que él se refería era mucho más debido a su estado emocional que físico/neurológico. Han sido hechas algunas preguntas para tener idea de como eran sus hábitos de estudio en el aula y se llegó a la conclusión de que también se trataba de un caso de trastorno de déficit de atención. Enseñamos algunas estrategias para contornear el problema y el paciente percibió que podría superar buena parte de sus dificultades de manera simples y rápida. Retomamos el tema de la dificultad de relación y de la depresión, que merecía mejores cuidados, no solo continuando la psicoterapia que ya estaba haciendo, pero también volviendo a tener el acompañamiento de su psiquiatra para superar el problema.

CONTINUIDAD DE LA PSICOTERAPÍA – CONSIDERACIONES FINALES

Durante las consultas, era tema constante su dificultad en se relacionar con muchachas, y muchos de los temas tratados en las entrevistas con la psicóloga responsable por la evaluación retornaban. Pero ha podido dedicarse más al proceso psicoanalítico, a partir del “saber que sus problemas no eran así tan serios, que no se trataba de alguien muy enfermo). Y al mismo tiempo que vivía dificultades en las relaciones y si presentaba señales de depresión, a los cuales lograba se dedicar más.

Así la psicoterapia ha sido mantenida y mucho material G ha traído parte las consultas

G. hablaba que, justamente por se entregar demasiado, su mundo desmoronaba frente al primero obstáculo. Fuimos percibiendo, sin embargo, que G. planeaba meticulosamente las situaciones (para un encuentro, por ejemplo) y frenaba en el momento de definición (agarrar la mano, dar un beso etc.).

Concomitantemente, él hablaba de su gusto por filmes y exposiciones de arte. Le traía sensaciones y sentimientos vividos en los encuentros con obras de arte. Se delineaba, pues , que su "entrega" delante de esas obras permitía una intercambio de afectos entre ellos (él la obra).

Ahora, hay un doble sin acabar: la obra es también creación inacabada. Trabajar esas ideas, a saber, que él, al se encontrar con la obra, la continuaba, y que la obra, por tener vida propia, lo completaba, le fue mucho importante. Él mismo percibió que faltaba, con las muchachas, sentir-me mas libre, permitir-se sentir y ser sentido...

Entonces en una sesión, dijo al psicoterapeuta que le gustaba escribir: ya escribiera el rotero para un corta-metraje y, normalmente, escribía cuentos. Los cuentos, sin embargo, tenían particular característica: no tenían fin. Parecía tratarse de estructura semejante a la de sus relaciones con las muchachas: imaginaba un plan, pero, paralizado, no lo seguía adelante.

Entrar en contacto con esos contenidos y poder conocer un poco más de sí le trajeron tranquilidad, lo que, creo, lo abrió a otras perspectivas. Poder aceptarse mientras obra inacabada, pero no paralizar-se frente a eso; antes, procurar continuamente por los infinitos finales de sus cuentos – las inagotables posibilidades de sentido – ya era el camino a ser buscado, encontrado y, sobretodo, creado.

Ha sido posible también percibir los efectos terapéuticos de la evaluación psicológica. Pudo sentirse más tranquilo con sus dificultades. Aceptó la "obra inacabada" de su vida , y no más se vía como alguien mal hecho, una obra muy fea

G. pudo sentirse más tranquilo, habiendo pasado en el vestibular (test para entrar en la Universidad) que intentaba ya mucho tiempo) para una facultad muy procurada.

Como la Universidad en la cual logró ingresar está en otra ciudad, interrumpimos las consultas y el ha sido derivado hacia la Clínica Psicológica de esa dicha Universidad

Interesante notar que mismo saliendo de la ciudad, G. ha decidido mantenerse en tratamiento, y nosotros tratamos de derivarlo personalmente hacia ese Clínica Psicológica. El ha podido percibir que sus dificultades existen y pueden ser trabajadas y superadas (muchas de esas ya lo han sido)

Los procesos de diagnóstico y de psicoterapia, se han realizados por profesionales distintos, en ese caso, en función del proceso.

Consideramos que por ya estar más de 6 meses de psicoterapia, podría traer perjuicios si el psicoterapeuta se encargase él mismo de la evaluación.y al mismo tiempo, había una solicitación muy específica de que se realizara una evolución de aspectos neuro psicológicos, lo que solo podría ser realizado por una persona con tales conocimientos.

Vale aún considerar que el paciente ha sido tratado como sujeto en todo ese proceso. Y Psicología aquí considerada como la ciencia del hombre, y si pensarmos también sus aplicaciones deben ser consideradas así (Bleger, 1975)

Se le preguntó si quería hacer esa evaluación, ha sido explicado a el como sería y por quien. Y el aceptó y colaboró en todo el proceso.

Así se puede ver que en la Clínica de los días de hoy las tareas de evaluación ,que se mantienen como necesarias, también pueden ser integradas a un proceso de psicoterapia, incluso con contribuciones muy relevantes. (Tardivo, 2005).

Lo que vale la pena es verificar que los trabajos del psicólogo clínico se destinan a la persona en sufrimiento y nuestros conocimientos pueden ser empleados de una manera viva y creativa., en un servicio que trabaja según un enfoque psicoanaliticamente orientado (Winnicot,1981).

REFERENCIAS BILBIOGRÁFICAS

Buck, J.N. H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação. São Paulo: Vetor, 2003.

Hutt, M.L. The Hutt adaptation of the Bender-Gestalt Test: rapid screening and intensive diagnosis. 4th. ed. Orlanfo (FL): Grune & Stratton, 1985

Primi, R.; Almeida, L.A. BPR-5: Bateria de provas de raciocínio: manual técnico. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

Rey, A. Teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas: manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998-1999.

Wechsler, D. WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ESTUDO DE CASO: PACIENTE COM TRANSTORNO DO PÂNICO

Lúcia de Mello Senra do Valle
Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Pânico é uma das questões preocupantes em termos de saúde da coletividade. Tal transtorno se configura como uma nova forma de adoecimento psíquico, categoria que tem penetrado em diferentes espaços sociais e suas descrições vêm sendo incorporadas ao arcabouço identitário dos pacientes. (Santos 2007).

Pesquisamos na literatura médica e psicológica para dar atendimento a pacientes com este transtorno e assim pudemos problematizar as matrizes culturais da emergência e difusão deste transtorno, no campo da construção da subjetividade e da identidade.

As características demográficas dos pacientes sugerem idade de início dos sintomas entre o final da adolescência e o início da vida adulta (entre os 17 e os 25 anos) com uma idade média dos pacientes acometidos em torno de 28 anos de idade.

Na literatura neurobiológica e neuroanatômica do TP, ficou demonstrado através de pesquisas com animais, a existência de uma “rede de medo” que tem como ponto principal o núcleo central da amígdala e compreende o hipotálamo, o tálamo, o hipocampo, a substância cinzenta periquedutal, o lócus ceruleus e outras estruturas do tronco cerebral. (Mezzasalma et al 2004).

A etiologia do Transtorno do Pânico (T P) é provavelmente multifatorial, incluindo fatores genéticos, biológicos, psicossociais e ambientais, que contribuem de início para o aparecimento de sintomas de ansiedade. Caracteriza-se por repetidos e inesperados ataques de pânico, nos quais predominam múltiplos sintomas somáticos e intensa apreensão relacionada à idéia de perda de controle ou morte iminente.

Na literatura psicanalítica Freud (1920-1976) explica que antes de nascer os instintos de vida e de morte estão fundidos e ao nascer o organismo faz uma deflexão. No pensamento de Klein (1958), é o ego que faz a deflexão. Ampliando, Klein (1958), acredita que a ansiedade surge da ação da pulsão de morte dentro do organismo, que é sentida como um medo de aniquilação. Para Freud, o nascimento é o primeiro de todos os perigos e torna-se o protótipo de todos os subseqüentes: é a experiência do

nascimento, provavelmente, a que nos legou a expressão de afeto que chamamos ansiedade. Na visão psicanalítica, portanto, a angústia do nascimento acompanha o indivíduo pela vida a fora e, nos tempos que antecedem a chegada do recém-nascido, ela é reativada de forma especial. Há uma identificação do homem e da mulher com esta criança que está para nascer, no sentido de que ela passará pelo mesmo caminho já percorrido por eles e que marcou a definitiva transposição para o mundo humano. Esta criança experimentará a separação de uma vida de estreita comunhão materna e deixará um meio ambientado que envolvia o seu corpo; experimentará um corte, um censura cuja memória eternizará o sentimento de solidão. E, em fantasia inconsciente, subjaz o desejo inconsciente de reencontrar-se em simbiose com a mãe.

Pesquisas realizadas em mulheres grávidas, muito ansiosas, detectaram reações em embriões e fetos em situações específicas e apontaram para a existência de respostas de medo, pânico e choque em determinadas ciscunstâncias; fetos de mulheres grávidas em estado de estresse permanente apresentaram batidas cardíacas mais aceleradas e embriões submetidos a exames de amniocentese, revelaram paralisação de seus movimentos por alguns minutos, aumento de freqüência respiratória, alterações estas que se mantém por alguns dias, o que revela que o feto experimentou um susto e viveu sob o impacto por algum tempo. O feto está atento, alerta e tem percepção de perigo. A capacidade de prestar atenção é inata. Os fetos também se assustam quando as suas mães se assustam.

Do ponto de vista médico e psicológico, sabe-se que a mãe tem um bebê dentro dela; o útero tem em seu interior toda uma organização desenvolvida a partir do ovo individual que havia sido fertilizado; o endométrio especializou-se para se entremesclar à placenta; entre a mãe e o bebê há o saco amniótico, a placenta e o endométrio. Entre a mãe e o bebê há também um conjunto de substâncias que são absolutamente essenciais até o momento da separação. Neste estágio podemos, como observadores, perceber com facilidade onde termina a mãe e onde começa o bebê (Winnicott, 1941-1988).

Para Winnicott, (1958) após o nascimento, o recém-nascido precisa de um pessoa calma, para, num gesto criador acontecer a “preocupação materna primária” Quando não acontece a “preocupação materna primária” há um desastre ou o início de uma agonia.

Embora em muitos casos sintomas iniciais e crises subliminares de pânico precedam em meses ou anos a primeira crise completa, a história típica do paciente

com transtorno do pânico é a de um funcionamento normal até a ocorrência do primeiro ataque e a ansiedade de quem passa a ter ataque de pânico é simplesmente aterrorizadora. Depois de um ataque de pânico, há uma enorme ansiedade pela expectativa de que algo assim possa vir a acontecer de novo e que da próxima vez não haja escapatória.(Rangé 2001).

A ansiedade pode gerar num círculo vicioso, preocupações excessivas com saúde, auto-observação seletiva e antecipação do pior. É uma situação debilitante e entre os sintomas somáticos que o paciente pode apresentar, a dor torácica exerce papel preponderante, reforçando a idéia de que esteja desenvolvendo problema cardiovascular grave, ameaçador à vida, levando à repetida busca por atendimento em unidades cardiológicas ou outros serviços de emergência.

À medida que outros ataques ocorrem, começam a surgir a ansiedade antecipatória e a ideação sobre novos ataques, o que leva, em geral, ao desenvolvimento de respostas de evitação, que virão caracterizar o quadro de agorafobia e comprometer a qualidade de vida do paciente.

Este transtorno também se associa à depressão maior e apesar do viés catastrófico comum, no TP sintomas autonômicos aumentam rapidamente até culminar em um ataque. A catástrofe temida é iminente o que implica numa busca imediata de vigilância.(Melo Neto et al 2005).

A perturbação gerada envolve súbitas, rapidamente crescentes e intensas reações simpáticas, como taquicardia, sensações de falta de ar, tremores, sudorese, tonteiras, vertigens, pernas bambas, náusea, formigamentos, ideações de morte por sufocamento ou ataque cardíaco, loucura, perda de controle, desmaio, que causam enorme mal estar e desconforto e que limitam de forma drástica a mobilidade e a autonomia dos pacientes (Rangé 2001).

As situações clássicas de evitação agorafóbica incluem o uso de menos transporte (ônibus, aviões, metrôs), dirigir em trajetos com pouca possibilidade de saída ou retorno (túneis, pontes, auto-estradas), comprar em grandes lojas ou supermercados, frequentar lugares aglomerados (cinemas, teatros, espetáculos musicais), e outros. (Rangé 2001).

A vida pessoal, profissional e afetiva dos pacientes é gravemente afetada: não conseguem mais sair sozinhos e às vezes, nem acompanhados. Passar por certos lugares, viajar em transportes públicos fica impossível. Fazer compras, ir a bancos, ver espetáculos de cinema, teatro ou música, tudo isto faz parte do passado. Trabalhar se

torna, muitas vezes, uma penosa dificuldade, levando-os muitas vezes a um quadro de depressão maior. Com freqüência tentam desempenhar essas atividades com auxílio de álcool ou medicamentos, o que eventualmente cria dependências químicas de forma secundária.

Considera-se que há comorbidade com hipocondria no TP, quando as preocupações com saúde não se restringem a sintomas das crises do pânico. Na hipocondria, temem-se doenças mais insidiosas, predominam comportamentos de hipervigilância e busca de reafirmação e é maior o foco de sensações erroneamente interpretadas catastroficamente. A importância de cada um desses fatores e a forma como se correlacionam sugerem uma via comum de sintomas respiratórios e ansiedade.

Na pós-modernidade, nos centramos nas características do que se denomina sociedade de risco, a qual gera sentimentos de imprevisibilidade, desenraizamento e desfiliação. Com a predominância de um cenário de incerteza e de risco permanente, cria-se uma atmosfera em que a previsibilidade e a confiabilidade são constantemente ameaçadas. Ou seja, o valor da confiança no registro da ontologia, refere-se à existência de um ambiente suficientemente confiável e previsível para que os sujeitos experenciem uma constância dos ambientes de ação social e material circundantes. (Winnicott 1963).

Neste sentido acreditamos que os tipos de patologia, nas quais se inclui o Transtorno do Pânico podem servir também como redes de pertencimento, formas de sociabilidade, que se organizam em torno de predicados físicos, tanto na esfera da normalidade quanto da patologia.

Verificamos em um estudo de caso como o pânico emerge e é difundido com base em tais matrizes desviantes, entre as quais o corpo anatomofisiológico se destaca como fenômeno identitário, denominado por alguns autores de bioidentidade.

Na literatura psicanalítica, notamos um aumento no número de artigos que investigam o sofrimento humano. Diversas abordagens, muitos pontos de vista e variados focos de pesquisa vêm à luz. Estudamos como o homem contemporâneo adoece, quais seriam as razões desse sofrer, quais as relações com as esferas sociais. Encontramos autores sugerindo novos tipos de sofrimento, outros defendendo a idéia de esclarecimento de problemas já conhecidos, anteriormente não detectados.(Aiello-Vaisberg 2001).

A concomitância de um atendimento psiquiátrico medicamentoso e um apoio psicológico, na linha psicanalítica, sustentado em Consultas Terapêuticas num processo interventivo, irão propiciar ao paciente mudanças psíquicas e um retorno do equilíbrio psíquico, a fim de incorporá-lo novamente na corrente de trabalho, visando uma melhor qualidade de vida.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi fazer um estudo compreensivo da relação entre a história do transtorno de ansiedade materna na gravidez, na 1ª infância e do transtorno do pânico na vida adulta.

Nossa hipótese é que o atendimento psicológico aos pacientes com o Transtorno do Pânico, a partir das conceituações propostas, diminui o nível de ansiedade, o que deve representar uma melhoria na qualidade de vida da paciente.

MÉTODO

Tipo de Método: Clínico.

Utilizamos nesta pesquisa uma abordagem qualitativa do tipo de estudo de um caso, realizada a partir do método clínico, segundo o referencial psicanalítico entre outros(Tardivo 2004).

O pensamento de Bleger (1975) concebe que a relação sujeito-meio não é uma simples relação linear de causa e efeito entre os objetos distintos e separados, sendo sujeito e meio integrantes de uma só estrututura total. Esse mesmo autor qualifica assim que toda a conduta é um acontecer humano.

As investigações em Psicanálise partem de uma visão que se inspira no pensamento winnicottiano, segundo o qual a psicopatolgia psicanalítica deve ser considerada como teoria do sofrimento humano. Esta psicopatologia parte do reconhecimento de que a psicanálise, quando entendida rigorosamente como método e como encontro inter-humano, vale dizer, como clínica, é uma via privilegiada para aquele que busca a compreensão da experiência emocional humana ou a pesquisa do fenômeno humano (Aiello-Vaisberg 2004) Amiralian (1977), ao falar sobre o método clínico, considera que a sua utilização está fundamentada na produção de respostas determinadas pelas condições psicológicas do indivíduo, não sendo consideradas frutos do acaso. Este tipo de método, baseado na liberdade de manifestação, poderá proporcionar que conteúdos inconscientes aflorem e possam ser considerados na organização da personalidade do indivíduo.

Assim visamos conhecer, no sentido mais profundo, a situação que vive MC., numa relação na qual buscamos também proporcionar uma compreensão e, sendo possível visamos a intervenção de forma indissociada e dinâmica.

ESTUDO DE CASO

Nome Maria do Céu.

Idade 38 anos.

Estado civil casada.

Nível de Instrução Ensino médio.

A paciente foi encaminhada por um médico psiquiatra ao Laboratório **APOIAR.** A nós foi concedida autorização da paciente MC para a realização deste trabalho. O nome atribuído à participante é fictício, garantindo assim o sigilo da identidade da mesma. A paciente assinou o termo de consentimento Livre e Esclarecido do Laboratório **APOIAR.**

Procedimento a paciente foi atendida no período de 28/04/06 a 08/12/06 em Consultas Terapêuticas, num processo Interventivo.

A entrevista inicial configurou-se como uma espécie de abertura, solicitação de amparo, cuidados e esclarecimentos. As entrevistas que se seguiram nos permitiram uma captação e compreensão da realidade interna e sua confrontação com a realidade externa, até o dia da alta psicológica.

Instrumentos Triagem: a paciente fez entrevista dirigida de triagem e trazia encaminhamento psiquiátrico com diagnóstico de Transtorno do Pânico.

Entrevistas em **Consultas Terapêuticas** dentro de um Processo **Interventivo**. Há seis meses atrás, após um desentendimento com a mãe que se hospedara em sua casa, MC tomou conhecimento do desejo paterno de que a mãe a abortasse. Essa notícia despertou um sentimento adormecido de rejeição, ora vinculado a muita tristeza, ora a muita ansiedade. “ Era como se o útero de minha mãe tivesse sido invadido por uma sentença de morte, sem me darem o direito de uma defesa.” “Até hoje não sei porque nasci e este sentimento é uma fonte de profunda tristeza para mim”. A mãe de MC sempre se queixava de que a filha era muito medrosa e preferia se esconder frente à situações que exigissem coragem.

Após o desentendimento com a mãe, tornou-se difícil para MC conciliar o sono à noite. Levantou-se tomou um chá de camomila e tentou iludir a insônia, buscando pensamentos felizes que no momento não pertenciam ao seu mundo de fantasias.

Nesta época, MC era vendedora em uma perfumaria e devido a uma ameaça de processo por parte do gerente, por suspeita de que estivesse roubando dinheiro do caixa e pequenas mercadorias, passou a ficar muito ansiosa e em pouco tempo surgiram os ataques de pânico, que culminavam com a sensação de morte iminente.

MC passou a ter dificuldades para sair de casa e pediu licença médica do emprego.

MC busca auxílio em um médico psiquiatra que a medica e a encaminha para o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social Projeto APOIAR.

Consultas Terapêuticas- O ambiente oferecido pela Psicóloga foi numa das salas do Centro de Atendimento Psicológico e Social **(CAPS)** um ambiente integrador, num espaço privilegiado para a integração Paciente- Psicóloga, dada a sua situação geográfica em um local tranqüilo, cercado de enormes árvores que devassam as salas através de suas janelas envidraçadas.

Resultados- Observamos que esse "contato virtual" com a natureza tornou-se facilitador para a paciente deslocar-se inconscientemente para a época de suas vivências infantis no interior de um verdejante Estado do Brasil, ao sentir-se invadida pela mesma paisagem de suas matrizes infantis. "Aqui, com estas árvores, me sinto deslocar para o lugar onde eu gostava de brincar na minha infância".

Já o ambiente oferecido pela Psicóloga tornou-se amigável, estabelecemos um conluio, ou seja "***holding"*** com um "***handling"*** . A paciente MC. sentia confiança em falar de sua história, de seu passado, sua família e da repetição de suas condutas. A Psicóloga sentia-se autorizada pela Paciente MC a compreendê-la, explicitando a sua relação com os sintomas apresentados. As posturas ativas, adotadas pela Terapeuta, realizando pontuações, interpretações que funcionavam como "disparadores" é que faziam circular os conteúdos inconscientes, favorecendo as associações. Nesse espaço de continência e de caráter integrador (função materna e paterna), a Terapeuta aprofunda os dados sobre a relação entre a paciente e a sua mãe; entre a paciente e o seu pai; entre a filha, a mãe e o pai, proporcionando crescimento e adaptação.

Nesse contexto, a investigação versou tanto a respeito das descrições que a filha fazia de sua mãe, de seu pai e de si, cada uma de seu lugar e trouxeram de sua própria história. A história que construíram da família, que outrora não era feliz, hoje

MC entende que, permitindo haver uma mudança psíquica ela estaria apta ao retorno do equilíbrio psíquico. Mãe e filha se perdoaram e voltaram a se entender com muita afetividade.

A paciente conseguiu comparecer ao temido exame de perícia médica, recebendo com muita alegria a alta médica e da psicóloga e sentia-se aflita para reingressar na corrente de trabalho .

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN,M.L.T.M. *Compreendendo o cego através do Procedimento de desenhos Estórias: uma abordagem psicanalítica da influência da cegueira na organização da personalidade. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da USP, 1982. In Trinca, W. Formas de Investigação Clínica em Psicologia. São Paulo; Vetor, 1977.*

AIELLO -VAISBERG, T.M.J. AMBRÓSIO, F.e F. *Trajetos do Sofrimento, Desenvolvimento e Exclusão ,* Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.2002.

AIELLO- VAISBERG, T.M.J.Ser e Fazer: *enquadres clínicos diferenciados na Clínica Winnicottiana.* Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2004.

BLEGER, J. *Psicologia de la Conducta,* Buenos Aires:Editorial Paidos, 1975.

FREUD, S. (1920-1922*) Além do Princípio do Prazer*.Trad. JAYME SALOMÃO. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro:Imago, 1976 (v.16).

KLEIN, M. (1952) *Os Progressos da Psicanálise*.Trad. ÁLVARO CABRAL.Rio de Janeiro:Zahar 1978. (Original do Inglês de 1952).

MELO NETO, *O Transtorno de pânico (TP) : aspectos fenomenológicos e terapêuticos.*J. Bras. Psiquiatr:54 (3):254-2576,jul.-set.2005.

MEZZAASLMA,M.A. Rev. Bras.psiquiatr.;26 (3):202-206, set.2004.ilus.

RANGÉ, B. *Programa de Treinamento a distância para tratamento do transtorno do pânico e da agorafobia*. Rev. Psiq. Clín. 28(6) :331-339,2001.

SANTOS, L. *Transtorno de pânico: um estudo sobre as matrizes sociais de seu surgimento: a sociedade de risco e a construção contemporânea de bioidentidades*.Tese: apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, p.190 ,2007.

TARDIVO,L.S.P.C. *Cadernos das Anais da IVª Jornada APOIAR Infância, Sofrimento, Emocional e a Clínica Contemporânea.* Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo,2006.

WINNICOTT,D.W.(1951)*Textos selecionados da Pediatria Psicanálise.* Trad.JANE RUSSO. 3ª ED. Rio de |Janeiro: Francisco Alves, 1988.

WINNICOTT,D.W.(1960) *A Natureza Humana.*Trad. D. BOLOGOMETZ. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

CONSULTAS TERAPÊUTICAS DE UMA CRIANÇA ABRIGADA E SUA MÃE: MATERNANDO MÃE E FILHA

Wadad Ali Hamad Leôncio[24]
Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

Resumo

Este estudo apresenta algumas consultas terapêuticas de uma mãe e sua filha de quatro anos que foi abrigada em 2003 a pedido da própria mãe. Após o abrigamento a mãe não visitou a criança por um período de seis meses. Pretende mostrar os motivos do abrigamento e do "abandono" e as vivências emocionais nas consultas terapêuticas da mãe e da filha.Procura apreender as angústias, as fantasias e os desejos pelo material trazido às sessões. Os atendimentos à mãe e a criança conjuntamente foram realizados num abrigo, uma ONG, Organização Não Governamental, do Estado de São Paulo, que mantém parceria com o Serviço "Apoiar" do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social da Universidade de São Paulo, desde fevereiro de 2004, numa freqüência de uma sessão semanal. O período dos encontros durou até meados de dezembro de 2004. No decorrer das sessões fica claro que os motivos do abrigamento e "abandono" da criança estão relacionados à falta de suprimento ambiental à mãe para que possa cuidar da sua filha e à falta de condições emocionais da mãe para que possa proporcionar cuidados suficientemente bons para ela e para a filha. A falta de condição emocional da mãe, tem a ver com o fato dela mesma não ter recebido dos próprios pais bons cuidados. Revela como a mãe não tem uma capacidade de continência da sua vida emocional o que a impede de pensá-la e encontrar soluções para seus conflitos. Mostra como a relação da mãe-filha ficou perturbada com o abrigamento e "abandono" e como o vínculo forte que unia-as pôde contribuir para o reencontro. O estudo destaca a importância da dupla mãe-filha receber uma ajuda psicológica com o objetivo de fortalecer o vínculo entre elas, minimizar as angústias decorrentes do abrigamento e contribuir para desenvolver maior continência.

Palavras Chaves: 1. Consultas terapêuticas de mãe-filha 2. Criança abrigada 3. Motivos de abrigamento 4. Vivências emocionais 5. *Holding*

[24] Doutoranda do Instituto de psicologia da USP; leoncioh@uol.com.br.

Introdução

1. Sofrimento emocional da criança abrigada e sua família

Desde o ano de 2000 viemos desenvolvendo trabalhos com as crianças abrigadas. O primeiro destes resultou de um estudo para o Mestrado na Universidade de São Paulo onde pudemos fazer um retrato das vivências emocionais das crianças recém-abrigadas (Leoncio, 2002). A partir de então desenvolvemos outros estudos neste campo e foram apresentados em vários congressos e jornadas (Leoncio & Colaboradores 2003, 2004, 2005) A nossa preocupação evidenciada desde o primeiro estudo é de que maneira se pode minimizar o sofrimento de uma criança separada de seus familiares e abrigada. Em 2003 iniciamos um trabalho de atendimento às famílias em Consultas terapêuticas familiares. Os atendimentos em forma de consultas terapêuticas conjuntas para essa mãe e essa filha se deram no começo de fevereiro de 2004. Teve uma apresentação deste trabalho, num Congresso na Argentina, em 2005. O trabalho escrito somente agora será publicado.

Constatamos através dos estudos que realizamos, que as crianças apresentavam muitos conflitos e desejavam muito retornar às suas famílias ou ao seu ambiente familiar. Também pudemos perceber que as crianças, no geral descreviam suas famílias como sendo muito comprometidas por problemas emocionais e sendo também multicarenciadas o que as impedia, muitas vezes, de proverem seus filhos em suas necessidades tanto afetivas ou materiais.

No nosso estudo anterior ficou evidente que a família da criança é uma família também abandonada, maltratada e negligenciada por seus familiares, pela sociedade e pelo poder público. E que para que possa cuidar da criança necessita ela mesma de cuidados.

Este estudo procura ampliar a nossa compreensão anterior porque através dele podemos ter um contato direto com uma mãe de uma criança abrigada, conhecer os motivos que levaram ao abrigamento da criança e também pudemos acompanhá-la em consultas terapêuticas junto com a sua filha. Com isso é possível conhecer as vivências emocionais de ambas e ajudá-las para que o vínculo entre elas possa ficar mais fortalecido apesar dos percalços que tiveram que enfrentar em suas jornadas.

Bowlby (1976) em seu livro Cuidados Maternos e Saúde Mental descreve a importância da boa relação da criança com a mãe para a saúde mental da criança e também mostra como a privação da mãe, parcial ou total pode prejudicar o desenvolvimento da criança. Winnicott (1951) também mostra a importância da mãe suficientemente boa para o desenvolvimento emocional da criança. Tanto Bowlby (1976) como Winnicott (1963) descrevem a importância de se ajudar a mãe para que ela possa cuidar de seus filhos.

Estamos aqui ressaltando a ajuda à mãe, porque é ela quem, no geral, assume a criança e dela cuida. Muitas vezes as mães são abandonadas por seus companheiros, se vêem sozinhas com os filhos, têm conflitos com os familiares e deles não recebem ajuda, não conseguem arrumar emprego, e não tem nenhuma renda e nem profissão e acabam por recorrer ao abrigo para que os filhos possam se acolhidas e cuidadas.

2. Motivos de abrigamento

Os motivos de abrigamento descritos na literatura ou até mesmo considerados pelo ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990) são vários. Podemos citar alguns como: a orfandade, a negligência, o abandono, o abuso sexual ou físico e a violência emocional. Outros motivos têm sido apontados e estão relacionados com o comportamento da criança e dos pais. Como o comportamento de prostituição, mendicidade, uso de drogas por parte dos pais, ou álcool; e comportamentos problemáticos da criança como o de fuga da casa, permanência nas ruas, e ainda devido ao comportamento anti-social da criança.

Situações, como as descritas acima, são consideradas de risco uma vez que não favorecem o desenvolvimento da criança. Assim sendo as crianças são abrigadas quando os seus direitos são violados ou ameaçados de violação. Os direitos da criança podem não ser garantidos devido a atos ou devido a omissão da família, Sociedade e Estado (ECA, 1991).

Existem outros fatores, como no caso que ora apresentamos, de crianças que são abrigadas pela mãe ou pelos pais, por motivos de pobreza, desemprego, conflitos familiares, separação ou por doenças da criança ou dos pais que os impossibilitam de permanecer com a criança em seu convívio e se vêm obrigados a recorrer ao abrigo, também por não terem a quem recorrer e acabam por abrigar a criança.

Vemos que a maioria das crianças que são abrigadas pertencem a uma classe social que vive em um estado que beira a miséria, são como disse Villarinho em 2002, em comunicação oral multicarenciados. Pensamos que esse estado favorece a criação de situações de risco, pois como dizem os psicanalistas já mencionados, Bowlby (1976) e Winnicott se pretendemos que uma mãe ou pais possam cuidar dos filhos e necessário que se destine cuidados aos pais.

No caso que iremos abordar a mãe depois de abrigar a filha deixou de realizar as visitas à mesma por um período longo de 5 meses, e também não entrou em contato com o abrigo após o abrigamento. Pretendemos no estudo compreender esse ato da mãe.

No abrigo a criança depois de ter permanecido por algum tempo sem receber visitas passou a ser considerada abandonada pela mãe, a criança estava diponibilizada para a adoção inclusive.

3. Abrigamento e vínculos familiares

O Estatuto da Criança e do Adolescente considera como sendo um dos direitos da criança o direito à convivência familiar e afirma que cabe ao abrigo zelar para que se mantenham os vínculos familiares. Temos visto como o abrigamento da criança prejudica a formação e a manutenção do vínculo. Bowlby (1976) ressalta o fato de que a institucionalização da criança prejudica a relação com a família e que muitas vezes para se evitar conseqüências muito nocivas, é muito importante que a criança possa ser preparada para as separações e que é muito importante quando há separações que o vínculo possa ser mantido. O autor (idem) faz uma série de alertas aos pais que se separam dos filhos e aos profissionais que cuidam da institucionalização da criança. Enfatiza a necessidade dos pais cuidarem para que a criança não viva a separação de modo muito angustiante, aos profissionais recomenda o estudo cuidadoso de cada caso e o preparo que deve ser feito tanto para os pais quanto para a criança para que possam estar todos convencidos de que aquela solução é a mais eficaz para o caso. Salienta inclusive que a decisão de se institucionalizar uma criança deve ser de todos os envolvidos no processso, e até mesmo da criança.

Em relação as vivências emocionais das crianças recém- abrigadas no geral, pelo estudo que empreendemos no Mestrado(2002) concluímos que a criança deseja retornar para o convívio de sua família, fica triste ao se ver sozinha, fica assustada

quando percebe que está num lugar estranho, com pessoas estranhas, apesar de saber que o seu lar não é dos melhores. A criança tem esses desejos e sentimentos mesmo tendo experiências desagradáveis e até mesmo muito traumáticas com os pais e familiares para. Bowlby, entretanto menciona algumas observações que diferem das nossas, feitas por inúmeros especialistas de crianças, ao se referir aos efeitos dessas experiências angustiantes.

"Entre os observados com maior freqüência citamos: (a) reação hostil à mãe ao reunir-se novamente a ela, que por vezes toma a forma de recusa em reconhecê-la;(b) excessiva solicitação da mãe ou mãe substituta com intensa possessividade aliada à insistência em ter às coisas à sua maneira , a um ciúme extrmo e a violentos acessos de raiva; (c)ligação calorosa mas superficial com qualquer adulto que se aproxime dela; (d0 retraimento apático de qualquer movimento emocional, associado a um monótono balançar do corpo, e por vezes, bater de cabeça. (Bowlby,1976, pp. 21-22)

È importande salientar que para Bowlby (idem) os prejuízos relacionados à separação são mais graves quando a criança tem menos de três anos, pois, segundo ele:

"Neste período, as crianças não vivem mais exclusivamente no presente e, conseqüentemente podem conceber vagamente que sua mãe voltará dentro de algum tempo, o que é impossível para a maior parte das crianças antes dos três anos.

Este pensamento de Bowlby(idem) converge com o de Winicott (1940) ,que afirma que quanto menor é a criança maior é o perigo de separá-la de sua mãe: De acordo com o autor (idem 1940/1999, p.11):

> "... quanto mais jovem for a criança, menor será sua capacidade para manter viva em si mesma a idéia de uma pessoa; quer dizer se ela não vir uma pessoa, ou não tiver provas tangíveis de sua existência em x minutos, horas ou dias, essa pessoa estará morta para ela.

Winnicott (idem) entretanto, enuncia de outra maneira isso relacionando esta experiência não com a idade da criança mas com a depresssão. Vejamos:

" Pessoas depresssivas de qualquer idade têm dificuldade em manter viva a idéia daqueles a quem amam, talvez até quando estão vivendo com eles no mesmo quarto." (Winnicott, 1940/1999, p. 12)

Tendo em vista as afirmações dos dois autores podemos supor que a criança possa apresentar danos ao vínculo com a mãe uma vez que a separação da mãe se deu quando a criança estava com três anos de idade.

Os dois autores relacionam os efeitos a idade da criança e ao grau da privação. Sendo que para Bowlby (idem) o relacionamento anterior da criança com a mãe e os cuidados que recebe após a institucionalização são de importância e que contribuem para atenuar ou agravar os prejuízos ao desenvolvimento.

Em termos de comportamento vemos que algumas crianças reagem ao abrigamento se mostrando agressivas, outras se mostram tristes, ainda algumas ficam agitadas, e em alguns casos observamos um comportamento mais retraído da criança.

Os pais das crianças abrigadas pelo que pudemos observar através do relato das crianças, carecem de condições materiais e emocionais para cuidar dos filhos de um modo mais adequado, podemos também supor que a criança já possui um vínculo frágil com a mãe devido às dificuldades dos pais de serem suficientemente bons com os filhos, num ambiente multicarenciado.

Por outro lado sabemos que os pais careceram eles mesmos de um cuidado suficientemente bom, devido à falta de condições de sua própria família para proporcionar-lhes cuidados de acordo com as suas necessidades. Vemos assim um ciclo de privação, se reproduzindo como afirma Bowlby (1976) .

Devido ao grande sofrimento apresentado pelas crianças abrigadas e por suas mães e famílias, e também por ficar evidente como o abrigamento da criança prejudica os vínculos familiares, existe como uma atribuição particular mencionada no Estatuto de Crianças e Adolescentes que destaca com sendo obrigação do abrigo a preservação dos vínculos familiares. Silva em seu estudo ao entrevistar os dirigentes de abrigo concluiu que menos de 20% dos abrigos, realizam ações que favorecem a preservação dos vínculos entre a criança abrigada e seus familiares. Atualmente, porém, devido as deliberações do governo para se garantir o Direito da criança abrigada à convivência familiar e comunitária, muitos abrigos têm se preocupado em oferecer atendimentos psicológicos para a criança e para as famílias e até têm tomado medidas outras de auxílio econômico de modo a possibilitar o retorno da criança ao seu lar.

No Estado de São Paulo, temos conhecimento de poucos trabalhos sendo

desenvolvidos com os pais em abrigos. Como os do CECIF, Centro de Capacitação e Incentivo à Formação de profissionais, voluntários e organizações que desenvolvem trabalho de apoio à convivência Familiar (2004). Mas não encontramos trabalhos escritos de pesquisa em universidades. Não temos conhecimento de nenhum trabalho sendo desenvolvido nos moldes do nosso, ou seja que ofereça um atendimento psicológico conjunto para a mãe e os filhos ou para toda a família da criança abrigada. Os estudos e trabalhos que têm sido desenvolvidos com as crianças e os pais separadamente têm buscado melhorar as condições da mãe para que ela possa ficar com os filhos. Quando é em relação à criança o que se pretende é ajudá-la para que possa se desenvolver de modo favorável apesar das condições de vida que viveu, muitas vezes atrelada a experiências que incluem algum tipo de violência doméstica. Encontramos muitos trabalhos com crianças abrigadas, de diagnóstico interventivo (Careta, 2006) ou de terapia com criança vítima de violência sexual (Magalhães, 2003)) ou que sofreu violência física (Sei, 2004)

4. O Trabalho de consultas terapêuticas - *Holding:* sustentação e continência

O trabalho de consultas terapêuticas com as mães das crianças abrigadas e seus filhos surgiu a partir da necessidade dos mesmos e é o tema de trabalho que estamos desenvolvendo no Doutorado na Universidade de São Paulo. Tem como objetivo oferecer uma sustentação (holding) e favorecer o desenvolvimento emocional de todos, mãe e filhos, pai, mãe e filhos, dependendo da configuração familiar. Winnicott (1960) descreve o que compreende por *holding* ao dizer que é a provisão da mãe para com o seu filho, a condição que ela tem de segurá-lo física e afetivamente. Descreve que o *holding* tem a ver com a adaptação às necessidades da criança ao longo do seu desenvolvimento. Pensa a adaptação como sendo a provisão ou o suprimento das necessidades da criança, necessidades essas de segurança, proteção, carinho e aceitação. *O holding* é fundamental desde o início de vida do bebê. Pensamos em oferecê-lo às mães e seus filhos abrigados, após termos entrado em contato com os mesmos. Ao verificarmos o quanto ambos necessitavam do nosso auxílio, o quanto sofriam todos devido a situação pela qual passavam e além desta. Pensamos em consultas terapêuticas porque nós tínhamos em mente o quanto podíamos ajudar cada criança e sua mãe a cada sessão, pois não sabíamos o quanto de tempo cada criança iria permanecer no abrigo, qual era a decisão judicial em relação

ao caso específico, ou seja, quais seriam os encaminhamentos para cada caso.

As consultas terapêuticas foram muito utilizadas por Winnicott (1971), inclusive ele atendeu muitas crianças que tinham problemas emocionais em uma ou mais sessões. Tardivo (2004) salienta que as Consultas Terapêuticas são uma forma de atendimento nomeada assim por Winnicott. (1984, citado por Tardivo, 2004, p. 39)

"o termo designa um uso pleno e irrestrito da primeira entrevista ou (primeiras entrevistas) para produzir resultados terapêuticos. Nesses momentos o terapeuta assume o papel de objeto subjetivo, e pode desenvolver um contato que permita alguma experiência mutativa."

Algumas crianças foram atendidas por Winnicott (1971) individualmente, outras foram atendidas junto com as mães. O autor descreve como muitas vezes a criança se comportava de acordo com o que a mãe descrevia, confirmando e esclarecendo o relato da mãe. O autor considera as consultas terapêuticas uma modalidade de atendimento para casos que não podiam ser atendidos com uma psicanálise clássica. Apesar de ter uma formação psicanalítica e de praticar a psicanálise tradicional, o autor mostra como as consultas terapêuticas podiam oferecer um atendimento diferenciado e contribuir para a resolução de problemas emocionais muito sérios e que prejudicavam o desenvolvimento da criança. Nas consultas procurou oferecer para a criança um espaço de acolhimento que favorecia a comunicação dos aspectos mais íntimos.

De acordo com Winnicott, (1971, p. 15):

" ...se um *setting* profissional correto é fornecido, o paciente, isto é a criança (ou adulto) que se acha em sofrimento trará a aflição para a entrevista sob uma forma ou outra. A motivação é muito profundamente determinada.(...) Seja o que for que aconteça é o acontecer que é importante."

Este trabalho apresenta o acontecer em algumas destas consultas destacando a comunicação íntima da família. .Apesar de como vimos em Tardivo (2004) Winnicott designar de Consultas terapêuticas, uma forma de atendimento que faz uso irrestrito da primeira ou primeiras entrevistas, nós decidimos ampliar o uso do termo mesmo para uma abordagem terapêutica que dura meses como no nosso trabalho. O atendimento conjunto da mãe e da filha apesar de ter durado alguns meses, isso não era previsto. Nós trabalhamos cada sessão, independente ou não de haver continuidade. Tínhamos

em mente realizar o trabalho possível com a mãe e a filha a cada encontro. O abrigo não participa das decisões que são tomadas pela Justiça em relação aos casos que atende. Têm crianças que são abrigadas e em uma semana retornam para suas casas. Outros podem ser transferidos, e outros ainda podem ficar três meses ou um ano e dois. De modo que a situação da criança é imprevisível. Usamos este termo para o nosso trabalho por verificar que a cada sessão podíamos realizar o trabalho de acordo com as nossas condições e da dupla mãe-filha.Pensamos como diz Tardivo (2004, p.39) que esta primeira ou estas primeiras entrevistas não substituem outras formas de abordagem terapêutica, mas se apresentam muitas vezes como as possibilidades presentes para se tentar fazer alguma coisa. Winnicott (1971, p.10) também ressalta o valor da consulta terapêutica por atingir a necessidade e pressões sociais na clínica

Objetivos do estudo

Esse trabalho mostra os motivos de abrigamento de uma menina de quatro anos, os problemas emocionais e familiares e o sofrimento da mãe e da filha. Descreve também o atendimento à mãe e a criança abrigada através das consultas terapêuticas. Revela como estas favoreceram o desenvolvimento e o fortalecimento do vínculo mãe-filha, mitigaram o sofrimento delas e contribuíram para que ambas desenvolvessem uma maior capacidade de continência da vida emocional.

Metodologia

Empregamos o método clínico dentro de um referencial psicanalítico. Partimos da situação de abrigamento da criança e de seu abandono para compreender as vivências emocionais da mãe e da criança e os motivos de abrigamento. Oferecemos um atendimento psicológico à mãe e a criança nos moldes de consultas terapêuticas e desejamos conhecer as possibilidades dessas para oferecer *holding* e facilitar o desenvolvimento da criança e da mãe além de diminuir o sofrimento da dupla mãe-filha.

1. Sujeitos

Os sujeitos deste estudo são uma mulher de 22 anos e sua filha de 3 anos e cinco meses. A mãe tendo como escolaridade o nível médio completo.

2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram, dados documentais, que constam do prontuário da criança, uma consulta-terapêutica somente com a mãe da criança e o material clínico de 3 (três) consultas terapêuticas conjuntas da mãe com a filha.

Em relação ao material foi oferecido: folhas de papel sulfite, lápis coloridos, lápis, borracha e apontador. Esse material era disponibilizado tendo como paradigma o jogo do rabisco, ou seja, pretendia-se que o uso do mesmo facilitasse a expressão dos conflitos emocionais ou a comunicação de aspectos profundos da personalidade.

3. Procedimentos - Estudo de caso

Inicialmente foi consultado o Prontuário da criança para termos conhecimento dos dados sobre o abrigamento em que condições se deu. Posteriormente foram examinados os dados da consulta terapêutica com a mãe e o das Consultas Terapêuticas conjuntas fornecido pelo diálogo entre a mãe, a criança e o terapeuta, e do material gráfico através dos desenhos livres produzidos pela mãe e criança a fim de analisar e compreender as vivências emocionais da dupla e verificar se as consultas puderam se constituir para que a mãe e a criança possam se sentir apoiadas, acolhidas e compreendidas e para que pudessem desenvolver recursos para o crescimento.A psicoterapeuta, autora deste estudo, procurou oferecer *holding* com a sua escuta, compreensão e comunicação.O estudo pretende examinar até que ponto o *Holding* favoreceu a constituição de uma experiência emocional propícia para o desenvolvimento da capacidade de acolher.

Dados do Prontuário

A criança foi abrigada pela mãe em agosto de 2003, quando estava com três anos de idade. A mãe solicitou o abrigamento ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente dizendo que estava sozinha, desempregada e não tinha nem familiares e nem emprego. Chorou muito e disse que voltaria para visitar a filha. A mãe ficou sem aparecer para visitar a filha durante cinco meses. Após 4 meses de abrigamento uma pessoa que se identificou como sendo parente da mãe veio ao abrigo tentar saber da

criança e informar que a mesma tinha parentes numa cidade do interior de São Paulo. Após esse acontecimento o amigo da mãe vinha ao abrigo com freqüência para obter notícias sobre a situação dela.O abrigo Entrou em contato com os familiares da criança numa cidade do interior de São Paulo. Um mês e meio mais tarde a mãe apareceu para visitar a criança.

Primeira Consulta com a mãe

Na consulta com a mãe soubemos que esta tinha abrigado a filha devido ao fato de ter ficado 4 meses desempregada e não ter condições de sustentá-la. A mãe relatou que, no começo de 2003 morava junto com suas duas filhas, com sua mãe e irmão numa cidade do interior de São Paulo. Um dia teve uma briga com a mãe e o irmão pelo fato da mãe cuidar das filhas enquanto ela trabalhava. Relata que ela contribuía para as despesas da casa da mãe. A briga se deu ao escutar a mãe se queixar ao irmão de que estava cansada e ouvir o irmão falar que ela, Lucélia (nome fictício) explorava a mãe. Sentindo-se injustiçada, se encheu de ódio e ressentimento e resolveu se defender. Acabou brigando e descarregando o seu ódio no irmão e na mãe. O irmão acabou se descontrolando e agrediu-a fisicamente e emocionalmente o que a deixou totalmente transtornada. Imediatamente resolveu ir embora. Planejou a viagem num impulso.

Lucélia era separada e tinha duas filhas, sendo que as filhas eram de pais diferentes e a filha mais nova tinha dois anos. Pediu para que o pai da filha mais nova viesse levá-la para viver com ele. Sacou suas economias e veio com a filha mais velha para São Paulo. Conta que logo que vieram ela pôde alugar uma casa e viver. Mas o tempo passou e não conseguia arrumar emprego e passou a se desesperar. Até que abrigou a filha.

Fala do amor imenso que tem pela filha, Isadora, (nome fictício) e do grande sofrimento e culpa que viveu ao abrigá-la. Fala que a filha nasceu quando ela estava com 18 anos de uma relação de namoro que teve. O pai da criança a viu após o seu nascimento e depois sumiu.

Conta que o pai da sua segunda filha havia assumido sua filha mais velha como se fosse dele mesmo até nascer a filha natural. Disse que tanto a Isadora como ele

eram muito ligados um ao outro. Tanto que a Isadora chamava-o de pai. Conta que Isadora começou a chamá-lo de pai antes mesmo dela falar mamãe. Disse que desde que ela era bebê ele ficava junto das duas e era tão amoroso com ela e a filha que ela decidiu ir morar com ele.

Haviam morado juntos durante dois anos. Diz que jamais fazia restrição a ela até nascer a própria filha do casal. Disse que assim que a filha nasceu tanto o marido como a família dele passaram a fazer discriminações e tratar de modo diferenciado as duas crianças, privilegiando a filha natural e tratando com violência e rejeição a Isadora. As brigas começaram a se intensificar e o marido passou a agredir a filha e até acusar Lucélia de tratar de modo diferente a Isadora e Fabíola (nome fictício). Disse que brigavam muito ela e o marido e ele passou a ter outros relacionamentos. Com isso resolveu ir embora da casa do marido e foi morar com a mãe. Lucélia diz que não sabe o por quê mas ela sempre se identificou com a filha mais velha. Sentia um elo forte entre ela e a filha. Sofria ao perceber que a outra filha era mais querida pelo marido e pela família do marido do que a filha mais velha. Sentia que a filha era rejeitada, desamada e que ela precisava defendê-la de tudo e de todos.

Lucélia contou que a sua mãe nunca a perdoou por ter abandonado o marido. Achava que não se justificava ela separar-se do marido e voltar a viver na casa dela. Conta que a mãe não a aceita o modo dela ser. Fala que a mãe é rígida e não gosta de nada que ela faz. Reclamava, dos livros que ela lia, da música que ouvia, do jeito dela falar, dos amigos que tinha, e assim as brigas eram constantes em sua casa, com a sua mãe. Além disso a mãe se preocupava com o que os vizinhos iam comentar da filha ser mãe solteira, dentro da casa com 2 filhas. Lucélia conta que na ocasião da briga com a mãe e o irmão ela estava numa fase difícil em que sentia-se mal com ela mesma. Sentia que não havia ninguém que se interessava por ela, que quisesse saber como ela estava passando, e se estava tudo bem com ela. Disse que ela nunca podia reclamar de nada e que ela não comia e nem dormia e naquela época tinha emagrecido 20 quilos num prazo de quatro meses, inclusive tinha parado de menstruar. Disse que o que ela fazia era apenas trabalhar. O irmão além de bater nela por ter respondido para a mãe que ela não a explorava mas que era ela quem colocava o dinheiro dentro da casa a xingou-a de prostituta dizendo que nenhum homem ia querê-la mais, porque ela não prestava.

Conta que a briga com a mãe e o irmão ocorreu na segunda-feira e nesse mesmo dia foi procurar o pai da Fabíola, sua outra filha. Disse-lhe que ia embora e pediu para que ele fosse pegar a filha. Lucélia chora muito ao contar tudo isso. Relata que o pai da Fernanda disse que ela não iria conseguir ficar longe da filha.

Na terça-feira de manhã trocou a Isadora, pegou a bolsa e foi embora. Lucélia conta o que passo a passo ela fez naquele dia. Fala que não tinha nem idéia do que ia fazer. Conta que a Isadora estava assustada e pedia para voltar para casa.

Lucélia diz que ela não cumpriu as promessas que fez para a filha. Chora muito. Fala que o dinheiro que ela tinha trazido foi sendo gasto e ela não conseguia arrumar emprego apesar de todo dia sair com a filha para procurar. Fala do desespero que ela passou a sentir ao ver que não podia mais sustentar a filha e também não queria nem voltar para casa da mãe e nem pedir ajuda para eles, mãe e irmão. Conta que ela decidiu abrigar a filha e mentiu. Se censura dizendo que fez tudo errado. Fala que se ela tivesse dito, no abrigo, que tinha família provavelmente iam procurar a família e dar a sua filha para eles. Conta que ela sentia que sua mãe e irmão eram muito egoístas e preconceituosos, e ela acreditou que pudesse fazer tudo rápido, arrumar emprego, casa e vir buscá-la.

Disse que a cada dia que passava ia sentindo tanto ódio de si que não suportava nem se olhar no espelho. Disse que não conseguia nem segurar uma criança em seu colo. Fala que sentia saudades da outra filha mas não era como ela sentia da Isadora. Disse que Isadora era especial e tinha um jeito muito engraçado de segurá-la pela bochechas e dizer-lhe: “minha mãezinha linda !!!.” Fala do intenso sofrimento que sentia por deixá-la.

Revela que sempre dormiu com ela na cama. Contava estórias e cantava. Ela gostava de tirar fotos e fala sorrindo se você visse as fotos você ia ver cada uma mais linda que a outra. Fala que desde pequena se via a mãe chorar Isadora chorava. Diz que depois que abrigou a filha nunca mais foi a mesma pessoa. Vivia angustiada e com medo. Não tinha coragem de falar dos sentimentos dela com ninguém. Se achava o pior lixo do mundo. Até que um dia disse para si mesma que todo mundo errava, e procurava consertar o seu erro e assim decidiu procurar a filha. Disse que sabia que as pessoas iam falar, iam jogar pedras, mas que ela tinha consciência de uma coisa, que já tinha pago muito nestes últimos meses. Aquilo foi segundo ela a maior penitência do mundo. Disse que pagou por ter sido covarde, por ter sido orgulhosa e por ter sido

idiota. A psicóloga pergunta-lhe sobre o por quê que se condenava tanto. Diz que o que fez foi muito errado, ter deixado a filha não ter cuidado dela. Fala que não cumpriu a única promessa que fez a filha de não deixá-la nunca. Nessa entrevista Lucélia dizia que demorou muito para vir ver a filha o que lhe parecia imperdoável o que ela tinha feito, abandonado a filha. Não ter voltado para ela. Chorava copiosamente. Se acusava e se defendia. Justificava o não retorno pela situação em que se encontrava. Achava impossível vir visitar a filha sem levá-la para casa. Sentia-se derrotada e culpada.

A terapeuta que a atendeu, autora deste trabalho, além de escutá-la atentamente muito interessada em conhecê-la e ajudá-la, apontava-lhe o quanto ela era severa e exigente consigo mesma, e o quanto era cruel e violenta com ela. Disse-lhe que pensava que ela havia feito o que estava ao seu alcance, o melhor que podia, ela dizia que o melhor que ela podia era muito pouco. Dizia-lhe a psicóloga que se era pouco era porque ela queria dar muito para a filha, queria cuidar bem dela, não queria abandoná-la, mas do modo como se recriminava e se exigia, nem o pouco ela pôde dar, porque ela não aceitava que seja assim. Dizia que tinha feito muito mal para a filha. A terapeuta lhe falava o quanto ela ficava aprisionada às suas exigências, cobranças e recriminações e que não levava em consideração as condições da filha.

Lucélia concorda que ela fazia isso consigo mesma e diz que até por isso que não tinha vindo antes ver a filha. Achava que a filha não merecia ficar com uma mãe assim. Sentia-se desprezível, uma péssima mãe para sua filha. Uma mãe ruim que causou à filha sofrimentos que a marcariam para o resto da vida. Censurava-se muito e chorava demais. Sentíamos que precisávamos lidar com toda aquela angústia, digeri-la e transformá-la em algo mais tolerante. Dizia-lhe que nós não podíamos prever o que poderia acontecer no futuro com a Isadora, mas que o que podíamos observar era que ela apesar da experiência que tinha passado e da separação que viveu e até mesmo o fato de ter ficado um tempo grande sem vê-la tinha tido com ela uma boa relação e que dependia da sua condição interna poder sobreviver a tudo e continuar se desenvolvendo. Falo que pelo que me descrevia ela sempre cuidou da filha, se interessou por ela e isso era muito importante. E também ia depender de como as duas viveriam a sua vida juntas após o abrigamento se ela retornar para casa. Falo que a Isadora teve também cuidados no abrigo e que pelo que sei, ela tem um grupo de amigas com quem ela brinca e se sente bem acolhida. Conto para Lucélia que eu mesma tinha encontrado a Isadora várias vezes antes da mãe começar a visitá-la.

Atendi-a em grupo, junto com duas meninas, de cinco anos e um menino de 2 anos e 11meses. Observei que a criança tinha uma força muito grande. Era persistente, se queria alguma coisa insistia muito até consegui-la. De alguma forma ficou bem no abrigo, se adaptou relativamente bem apesar de no início chorar muito após a separação da mãe.

A psicóloga pergunta para o que ela pretendia fazer e ela disse que quer ver se consegue lutar pela volta da filha. Ela estava trabalhando e tinha alugado e mobiliado uma casa. A psicóloga lhe diz que até que enfim ela parou de só atirar pedras em si mesma, e passou a confiar mais em sua capacidade de consertar ou reparar. Foi perguntada sobre a possibilidade de continuar com as consultas terapêuticas e ela aceitou.

Primeira consulta terapêutica da mãe junto com a filha

A psicóloga pergunta para Isadora quem é ela. Referindo-se a mãe. Isadora responde sorrindo "mamãe". Perguntada quantos anos tinha, ela respondeu que tinha três. A mãe havia dado um presente para Isadora, um bebê de porcelana, num berço e ela estava segurando ele na mão. Pergunto se é menino ou menina e ela diz que é menina. Isadora pergunta a mãe se têm mais bonecos na casa e a mãe responde que têm muitas. Isadora vai perguntando se tem cama. A mãe responde que sim. Pergunta se tem boneco. A mãe responde que não tem, mas que ela pode arrumar. Isadora pergunta para a mãe se ela pode comer unha e a mãe diz que não sorrindo para ela, e as duas dão risada.

A psicóloga perguntou como foi o encontro das duas, se a Isadora reconheceu a mãe. Se elas acabaram se vendo naquele dia que ela fez a primeira consulta. A mãe disse que Isadora reconheceu-a, mas que ela bloqueou algumas coisas e lembrava de outras. Conta que ao vê-la parecia não acreditar no que via. Virou o rosto e olhou para a mãe novamente e aí disse: "mamãe?!!!" Lucélia respondeu : "É sim Isadora, eu voltei."

Lucélia fala com felicidade como depois a Isadora queria ficar só com ela, como queria que a mãe ficasse para dar comida, banho, levá-la para a escola. Diz que até conseguir tirá-la de lá não ia poder fazer isso. Isadora estava contente no colo da mãe. A mãe conta que ela lembrou que o avô morreu e que tomou cerveja como o pai (se

referindo ao pai da sua filha natural).

Lucélia diz que falou com o irmão esses dias e que ele virá para a cidade na semana que vem. A psicóloga perguntou sobre o que ela achou disso e ela respondeu que choraram muito. Diz que ele tem vinte anos e que vai vir para ajudá-la a tirar a Isadora. Fala de modo carinhoso, que o irmão lhe disse: "Oi Lu!!!, o que está acontecendo com a nossa gatinha?" Diz que ele costumava chamar a Isadora assim. Fala meigo. Diz que pediram desculpas um ao outro e que ficaram chorando muito. . A psicóloga pergunta como foi que eles entraram em contato e ela disse que tinha ligado para a irmã mais velha. A psicóloga pergunta se esta foi a primeira vez que ela ligou. Ela diz que em dezembro ela havia ligado para uma amiga e pediu para que esta entrasse em contato com a sua família porque estavam sem telefone e pediu para que eles a ajudassem. Conta que em janeiro ela havia ligado e conseguido falar com a irmã. Diz que estava falando com a irmã e o irmão veio para conversar com ela.

Isadora estava segurando o anjinho que a mãe deu e este cai da sua mão. Diz com alívio: "Ah!! Não quebrou, ao pegar e olhar o anjinho." Falo que a Isadora está dizendo para a W. e para a mamãe que mesmo com a queda que sofreu de não ficar junto com a mamãe, de ter ficado tão longe, a Isadora continua bem, junto a mamãe, pode lembrar dela, ficar contente que a mamãe voltou. Enquanto a terapeuta fala a Isadora balança a cabeça.

Isadora pergunta para a mãe : " Mãe, o que é isso? Refere-se a asa da menina anjo. A mãe explica que é uma menina anjo. A mãe pergunta quem sou eu para a filha? Isadora responde que é a tia, depois se corrige dizendo que é a mãe. A mãe conta que hoje quando a Isadora encontrou-a ficou sorrindo. Uma menina passou na sua frente e ela fez uma cara de quem não gostou. Fala que parou na frente da mãe e depois correu para abraçá-la. Falo para Lucélia que ela parece ficar reassegurada com isso de que a filha não esqueceu dela, que continuou a lembrar dela apesar da ausência dela ou não presença concreta. Falo para a mãe que ela fica feliz de ver que o amor da Isadora por ela não ficou tão prejudicado pela separação. Falo que ela gostaria que o amor pela filha seja o aspecto essencial e que a filha continue amando-a como antes. A mãe fala que na sexta deu comida para Isadora, e depois queria que fosse a mãe quem desse banho nela, e depois queria ir embora com a mãe. Conta que a Isadora chorou muito e queria ir embora com ela e que depois acabou saindo daquele jeito (às escondidas). Falo para a Isadora que é muito duro ficar longe da mamãe e depois a mamãe vir e ter

que ir embora. Falo que a mãe estava me falando o quanto ela e a mãe sofriam de ficarem uma longe da outra. Isadora balançava a cabeça que sim. Sua mãe de vez em quando segurava-a mais forte, abraçava-a e a beijava carinhosamente. Ela sorria. A terapeuta dizia para ela como que era gostoso receber o carinho da mamãe. E como era bom para as duas estarem de novo juntas.

Lucélia disse que foi ao Fórum e lá não lhe fizeram muitas perguntas e que a assistente social lhe disse que iam fazer uma avaliação psicológica dela e que ela ia precisar falar com o Juiz. Fala que as pessoas com quem ela comentou sua história, lhe disseram, que : " vir aqui foi o maior dos passos. Disseram ainda que : " a gente defende quem a gente ama com unhas e dentes. " Diz que ela achava que antes não estava fazendo isso. Falo que talvez agora esteja sentindo-se bastante forte para não esmoreecer.

Diz que as pessoas que olham de fora podem pensar assim: " Ficou 6 meses longe da filha!!! Mas só eu seio que passei. Deixar ela aqui foi um sofrimento muito grande e ficar sem vir aqui foi horrível. Ligar para a minha família foi também um grande passo.. Procurar o abrigo foi um outro passo e vir aqui com você é também foi outro..." Falo que ela deu os passos porque apesar da separação dela da filha por todo este tempo o amor pela filha se manteve como se manteve o desejo de encontrar a filha. Falo que assim como ela manteve viva a lembrança da filha estava apostando que é possível reparar qualquer dano. Digo que o amor dentro dela venceu as forças destrutivas.

Um mês após o encontro da Isadora com a mãe

Numa das consultas Lucélia tinha viajado para a sua cidade natal, sua mãe estava doente. Deixou de comparecer às visitas da Isadora durante duas semanas. Ao retornar ao abrigo Isadora estava na escola e havia passado algum tempo da sessão quando a terapeuta decidiu dar início a mesma.

Neste dia Lucélia veio ao abrigo acompanhada por seu irmão. Ao chegar estava muito contente e serena. Havia trazido um álbum de fotos e começou a mostrar para a terapeuta. Contou que foi bom ter ido visitar a família que assim foram enterrados os mortos, desapareceram os fantasmas, e foram feitos todos os pedidos de perdão e que a partir de agora ia ser "bola pra frente". A terapeuta disse que percebia que ela estava

muito feliz e que pôde recuperar a história dela com a família e que agora não está mais sentindo que era rejeitada pela família. Fala que doeu nela ouvir a mãe falar que ela tinha perdido a família, 3 filhos de uma vez. Doeu para ela ouvir a mãe falar que queria toda a família dela de volta, que não era justo ficarem separados. Doeu não ter abraçado a mãe. Diz: " às vezes me sinto muito culpada, pelas atitudes que tomo. Às vezes fico sentindo que ninguém me ama. às vezes eu não me dou o direito de ter coisas boas, eu vivo desconfiada de tudo. Quando voltei vi que tudo que eu tinha e que era meu continuava no mesmo lugar arrumado e até as minhas canetas...Engraçado que eu tinha uma cena que ela iria queimar todas as minhas coisas, inclusive os meus livros que ela odiava tanto. Engraçado ela até andou fazendo um ritual que eu gostava- queimar incenso....Eu nunca imaginava que ela iria fazer isso. Parece que você não imaginava que você pudesse ser também querida, que a sua mãe estivesse com saudades de você, ou que ela pudesse te querer bem. Em sua mente você tem uma mãe que não cuida nem da filha e nem das coisas da filha e só tem mãe que destrói e queima as coisas da filha. Penso que dentro de você quando você fica com raiva de alguém quer queimar e destruir esse alguém. Fala que a mãe ficou falando que o irmão estava ansioso querendo vê-la.

Digo-lhe que talvez ela estivesse ansiosa querendo ver a mãe, o irmão, abraçá-la, beijá-la e até vê-la, mas que o ódio, às vezes é tão forte que impede até as aproximações. Diz que sentiu a mãe tão frágil precisando dela. Falo que talvez ela mesma esteja se sentindo frágil e necessitada do amparo da família dela. Fala que na casa da mãe fizeram reunião da família e o irmão lhe disse que estava com saudades da alegria dela e até do jeito dela ser 'espalhafatosa'.

Isadora chegou da escola, entrou na nossa sala e sentou no colo da mãe. Escondeu o rosto e pareceu muito triste começou a chorar. A mãe pergunta se ela lembra da vó, se ela lembra da tia, da irmã. Isadora não responde. Olha mas não parece lembrar de nada. Lucélia chora e a Isadora também começa a chorar . A terapeuta conta que a Isadora tinha ficado triste porque a mãe ficou duas semanas sem vir e antes tinha ficado um tempão e que ela ficou com medo da mãe demorar para voltar de novo.. Lucélia diz para a Isadora que não vai mais deixá-la, que a vó estava doente e ela foi levá-la no médico, mas que agora estava tudo bem. Disse que a vó

tinha melhorado e que as coisas dela, o berço, a casa, a vó e até a tia estavam esperando ela voltar.

A terapeuta pergunta se viu a filha mais nova. Ela diz que sim e que isso não tinha sido fácil, que a filha não a reconheceu e que está chamando de mãe a outra. A terapeuta diz que criança vai se adaptando e tendo mais convivência ela vai recuperando. Diz que depois de alguns dias a filhinha já estava falando mãe/tia!!!. Fala do pé de manga que está grandão e que é diferente do pé de algodão. Isadora deixou cair o bebezinho que a mãe tinha trazido para ela e quando a Lucélia perguntou se ela quisesse ela disse que não. A terapeuta disse para a Isadora ue ela achou que a mãe jogou ela fora e não quis mais saber dela, que a mãe largou ela e ela ficou triste Isadora chorava muito, escondendo o rosto. Lucélia pediu desculpas para a Isadora por ter viajado sem avisar ela, e por ter deixado no abrigo. Disse para ela que nunca mais ia deixá-la. Jurou para Isadora que não ia mais deixá-la. Beijou e abraçou a Isadora. Com o tempo Isadora e Lucélia passaram a ficar mais próximas.

Após oito meses de Consultas terapêuticas

Transcorridos oito meses, tanto a Isadora quanto a Lucélia pareciam estar esperançosas quanto ao futuro de conseguirem voltar a viver juntas. Lucélia já não se culpava muito, já não chorava tanto e nem ficava presa a sua dor, tristeza e culpa. E a Isadora não chorava por causa das idas e vindas da mãe no dia das visitas.

Numa das sessões de final de novembro. Chegam as duas depois da Lucélia ter acompanhado a Isadora no jantar. Pareciam muito felizes juntas. Lucélia falava: “vamos Isa, a tia Wadad está nós esperando!!!.”

Elas apressaram-se e entraram na sala. Isadora perguntou para a Lucélia Se ela podia pegar o que a mãe tinha trazido para ela. A mãe fala: “ claro filha!!!”. Isadora diz para mim: “Tia a minha mãe trouxe amendoim, bala, chiclete, um monte!!!” A terapeuta lhe disse e você está muito contente com a sua mãe e as coisas que ela te trouxe. Isadora balança a cabeça que sim e fica fazendo movimentos com a língua. Como quem diz, “ Que Delícia!!. Vai comendo o amendoim ao mesmo tempo em que faz movimentos com a língua.. A mãe diz eu não sabia que você gostava tanto de amendoim. Elas sorriem Muito.

Isadora pede Folhas para desenhar...Pede para a mãe desenhar um coração..

A mãe pergunta se ela não quer fazer, ela diz que não que ela não sabe. A mãe fala para ela: “Vem que eu vou fazer com você.” A mãe segura a mãozinha de Isadora e ajuda ela a fazer coração. Elas Ficam contentes com o coração que fizeram. Isadora diz: “Faz um coração grande mãe, e escreve aquelas coisas pequenas nele.. A mãe fala: “vamos fazer juntas então.” Elas fazem um coração muito grande (Vide Anexo) e ficam contentes. Isadora pergunta se eu tinha levado o desenho da casa. Eu mostro a pasta dela e da mãe com os desenhos. Isadora pega os desenhos e fica mostrando para a mãe, comenta os desenhos, pede para a mãe olhar. A mãe olha os desenhos. Alguns desenhos da filha a intrigaram.

A mãe escreve no coração o nome da filha e depois... “Eu tenho tanto para te falar, mas com palavras não sei dizer. Como é grande o meu amor por você. Nem mesmo o céu, nem as estrelas, nem mesmo o mar, e o infinito, não é maior que o meu amor, nem é mais bonito.” Isadora olha para a mãe enquanto desenha e escreve e comenta que a mãe está quieta naquele dia. Lucélia Sorri, devido ao comentário, Isadora pega as fotos enquanto a mãe desenha e traz para mostrar à terapeuta. Ela diz: “Tia olha a foto da minha mãe, como a minha mãe é linda, né?!!! A terapeuta lhe confirma que a mãe é bonita e que ela ama muito a mamãe dela. A mãe sorri e diz: “Ah! Wadad você sabe o que ela disse para o amigo: ‘Olha como a minha mãe era linda’ A mãe ri. É que a minha mãe estava com o cabelo molhado, comenta Isadora. A terapeuta fala que tanto a mãe como ela eram lindas e continuam lindas. A mãe termina de desenhar e escrever. Isadora fala para a mãe que ficou lindo o que a mãe desenhou. A terapeuta fala que a mãe também escreveu algumas coisas para ela e que ela não pediu para a mãe ler. Isadora fala: “lê mamãe”. Lucélia ajeita Isadora em seu colo e começa a cantar com uma voz muito melodiosa. Falo: que linda música Isadora e como a mãe canta bem...falo para a Isadora que ela sempre pede para a mãe desenhar coração porque ela quer sempre sentir que a mãe tem um coração grande e que ela ama muito ela a Isadora,. Lucélia diz:” Eu te adoro minha filha!!! Eu te amo tanto, tanto.” Isadora estava radiante. Pediu para a mãe fazer o sol. ... Isadora vendo um outro desenho pede que a mãe faça a grama, uma árvore, e uma balança. Isadora fica feliz. Escuta o som da TV e diz: “mãe começou a novela!!!”Eu vou assistir. A mãe falou: “Vai filha se quiser.” Ela diz: “tá bom.” Mas assim que se prepara para sair muda de idéia e diz que não vai sair não. A terapeuta fala que quando a mamãe chega, Isadora não quer deixar a mãe nem um minuto, quer ficar junto. A mãe

fala: “Vai filha você quer assistir? Isadora fala: “Tá bom.!!!” Ela sai de novo e volta logo, em seguida, dizendo que não quer não. A mãe pergunta como se chama a novela. Ela diz: “ Bruxas” e fica fazendo caretas de bruxa, anda rígida, faz que está dando bronca e ordens. Dá risada., Faz cara feia.. A terapeuta diz que ela e a mãe normalmente são muito amorosas uma com a outra, mas que talvez ela sente que tanto ela como a mãe têm outros sentimentos além do amor, talvez um lado bruxa, que fica chateada, que fica com ódio, que tem vontade de dar ordens. A mãe comenta que ela tem ficado muito mais solta, mais a vontade e não como era antes. Isadora pede para a mãe amarrar o cabelo dela e pergunta se tem bicho. A mãe olha e diz para a filha que não tem nenhum. Fala que na semana passada tinha ficado até mandarem ela embora do abrigo e que tinha passado remédio e limpado a cabeça da filha. E que hoje estava toda a cabeça limpinha. Falo que ela é uma mãe preocupada e zelosa pela filha e que quer que a filha seja preservada de todo tipo de violência. A psicóloga pergunta como está o processso. Ela responde que deixou reservado o dia seguinte para ir ao fórum ver. Que ela não sabe do por que estar demorando tanto a decisão.

Conclusão

O trabalho se propôs conhecer os motivos de abandono e de abrigamento de uma criança e verificar as possibilidades de se oferecer ***holding*** para a mãe e a filha em consultas terapêuticas conjuntas, com o objetivo de se fortalecerem os vínculos familiares.

Foi possível perceber que a criança foi abrigada e posteriormente abandonada devido a vários fatores, tanto emocionais, como socioeconômicos. No estudo de caso que realizamos evidenciou-se um conflito familiar intenso que levou a mãe ao desespero e por esta não ter desenvolvido uma capacidade de se acolher e conter o conflito reagiu abandonando tudo.

O trabalho mostra as relações que a mãe tem com sua família de origem, as dificuldades de relacionamento com a mãe e com o irmão. A Lucélia não se sentia amada e valorizada pela mãe. Mantinha uma relação de muita rivalidade com o irmão e sentia que a mãe e o irmão faziam um conluio juntos e ela era excluída e rejeitada. De início se percebe a dificuldade da Lucélia lidar com seus sentimentos. Não os

acolhe, reage a agressão que sofre, age de modo impulsivo. Agride, não se preserva. Ataca os vínculos. Deixa a sua filha Fabíola com o pai. Traz a Isadora com ela. Menciona o quanto Isadora estava assustada. Provavelmente a Isadora sentiu a turbulência emocional. Viu todos se descontrolarem, a família se desintegrar. Lucélia apresenta dificuldades para lidar com seus sentimentos não acolhe o que sente.

Nas consultas vemos como ela é severa consigo mesma, como se ataca, atira pedras contra si mesma e se desvaloriza. Percebemos também o quanto é difícil integrar os seus vários aspectos e dos objetos. Faz dissociações. Mas nas consultas a partir do olhar da terapeuta começa a se reforçar, se perdoar, se valorizar. Recupera os seus sentimentos amorosos pelo irmão, pela mãe,. Consegue também observar o modo amoroso e meigo como o irmão e a mãe a tratam. Observa como a sua realidade interna é diferente do que existe na realidade e que isso pode ser fruto das projeções dela. Passa a se perceber. Mas precisou da continência e do *Holding* da terapeuta. Logo depois que começam as consultas Lucélia entra em contato com a família, se surpreende como a realidade é diferente de como ela a concebe. Sente que ela imagina que as coisas vão ocorrer de uma forma e se surpreende. .Parece que Lucélia sentiu que o marido tratava a Isadora como a mãe tratava a ela com muito desamor. Lucélia estava identificada com a mãe reproduzia com as filhas o modo como se sentia tratada por sua mãe.

Lucélia apresentava uma dificuldade de se separar da Isabela, mantinha com a filha uma relação muito simbiótica, o que prejudicou seu relacionamento com o marido. Por outro lado é freqüente na minha experiência clínica observar tal fato. Que o padrasto trata bem do enteado, até nascer o seu próprio filho. Vemos que a falta de continência da Lucélia e sua identificação com a filha impediam-na de lidar com esta situação. Carecia de recursos para lidar com as suas experiências, e a única saída que ela visualiza, é separar-se e deprimir-se.

Por outro lado a mãe de Lucélia, de alguma forma contribuía de alguma forma para que a filha se sentisse mal. Ao dizer para a filha que ela perdeu três filhos chamou a nossa atenção. Será que ela competia com a filha? Será que ela podia aceitar que a filha se diferencie dela?. Pensamos que os conflitos da Lucélia com a sua mãe, as brigas constantes, o sentimento de se sentir abandonada, sozinha, desamparada, de ver que ninguém se interessava por ela faziam com que Lucélia se deprimisse. Penso, hoje, que a perda do apetite, a insônia, e até o cessar da

menstruação estavam ligados a um quadro de anorexia. Não pude discutir isso com Lucélia.

Lucélia contou uma situação que recordei agora que ela foi cuidada por uma irmã mais velha do que ela desde que ela começou a andar. A diferença de idade entre ela e a irmã era de seis anos. Ela recordava que os pais iam para roça muito cedo e que a irmã a colocava no tanque para lavá-la com água fria .Penso que Lucélia não pôde desenvolver mais recursos para se acolher porque ela não teve cuidados ela mesma adequados que pudessem atender a sua necessidade..

Com os atendimentos Lucélia consegue integrar mais seus aspectos de mãe que abandona, mas de mãe que também cuida. Consegue também perceber que a sua mãe que a rejeita é também a mãe que sente a falta dela. Passa a perceber que lida com a mãe conforme o que sente e que muitas vezes o que sente e imagina não corresponde aos fatos da realidade.

Com a filha, Lucélia se tranqüiliza por ver que sobreviveu ao abandono da mãe, que ela continuou reconhecendo e amando a mãe. Que não havia perdido a filha e que a separação não arrasou com tudo que tinham vivido.

O estudo mostra que o vínculo forte que existia entre a mãe e filha contribuiu para que a mãe enfrente a si mesma e encontre soluções positivas para ela. A mãe tinha muito contato com a sua vida emocional e compreendeu o quanto o vínculo com a filha era mais importante do que ela mesma. Pelo que pudemos observar o amor que a Isadora tinha por Lucélia era muito importante para a mãe.

Em síntese, vimos como a mãe inicialmente estava presa aos sentimentos de ódio pela frustração de suas necessidades de amor, reconhecimento e valorização, e aos de culpa, por sentir que não era capaz de cuidar bem da filha, por ter abandonado a sua filha e como a criança de início apresentava junto com a mãe um intenso sofrimento devido à separação. Com o acolhimento foi possível tanto para a mãe, como para a filha se sentirem aceitas, valorizadas, respeitadas, o que contribuiu para o fortalecimento do vínculo. Nós vimos como a criança sofria no início como receava ter que viver novas separações. Como sofria toda vez que a mãe ia embora. Com o tempo puderam enfrentar tanto o abrigamento como a separação com confiança. A capacidade do terapeuta de maternar a mãe e a criança abrigada é muito útil uma vez que carecem todos de cuidados suficientemente bons.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOWLBY, J. (1976); *Cuidados Maternos e Saúde Mental.* Tradução Vera Lúcia Baptista de Souza e Irene Rizzini. São Paulo, Martins Fontes, 1981.

CARETA, D.S. ; *Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva Winnicottiana.* São Paulo, 2006, 248 p. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

CURY, M.; GARRIDO DE PAULA, P.A.; MARÇURA. J. N. *Estatuto da Criança e do Adolescente,* São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 1991.

Dialogando com abrigos/ Organização CECIF,São Paulo: CECIF,2004.

LEONCIO, W.A.H.; *Retrato de vivências emocionais de crianças recém-abrigadas: observações psicanalíticas por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias.* São Paulo, 2002., 214 p. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

LEONCIO, W.A.H. & COLABORADORES.; *O Procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento de acompanhamento do estudo das vivências emocionais numa criança abrigada.* Trabalho apresentado ao CONGRESSO RORSCHACH Porto Alegre 2004.

LEONCIO, W.A.H.& COLABORADORES.; *O uso da Entrevista e do Procedimiento de Desenhos-Estórias como meio de intervencão e compreensão de alguns sintomas em uma menina recém abrigada: recusa de alimentação e choro excessivo*. Trabalho apresentado no Congresso Argentina, 2005.

LEONCIO, W.A.H. & COLABORADORES; *Consultas terapêuticas de uma criança abrigada e sua mãe.* Trabalho apresentado no Congresso Argentina, 2005.

MAGALHÃES, J. S.: *Abuso Sexual Intrafamiliar: reflexões sobre um caso clínico sob a perspectiva da Psicanálise do Self.* São Paulo, 2003, 135 p. Dissertação de Mestrado, departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia , USP.

SEI,,M. B. *Desenvolvimento emocional e os maus tratos infantis: uma perspectiva Winnicottiana,* .2004, 109 páginas. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo 2004.

TARDIVO, L.S.P.C.- *O Adolescente e Sofrimento Emocional nos dias de hoje: Reflexões Psicológicas. Encontros e Viagens.* São Paulo, 2004.213 p. Tese (Livre Docência)- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica.

WINNICOTT, D.W. *Consultas terapêuticas em Psiquiatria Infantil*., Rio de Janeiro: Imago.1984

WINNICOTT, D.W..*Da Pediatria à psicanálise,* Rio de janeiro: Francisco Alves, 1987.

WINNICOTT, D.W. *Privação e Delinqüência.* Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo, Martins Fontes, Psicologia e Pedagogia 1999.

Sites consultados:

www.fomezero.gov.br/download - O Direito à Convivência Familiar e Comunitária: Os abrigos para Crianças e Adolescentes no Brasil.

www.mp.rs.gov/br/areas/infancia/arquivos/85.doc.-Plano Nacional de Promoção Defesa e Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescente á Convivência Familiar e Comunitária.

ANEXO

Isadora

DO ABRIGAMENTO AO DESABRIGAMENTO: CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIVÊNCIA DE UM ADOLESCENTE[25]

Elaine Cristina Pinho da Silva
Wadad Hamad Leôncio
Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

O abrigamento de crianças e adolescentes é uma medida de proteção provisória, prevista pelo ECA (1990). Sendo que estes deveriam ficar o mínimo de tempo possível nestes abrigos. Porém, em algumas situações, o abrigamento pode se prolongar por muitos anos. Estas crianças e adolescentes, depois de algum tempo vivendo neste lares provisórios, podem ser desabrigados. O presente estudo aborda os motivos que levam ao abrigamento e como acontece o desabrigamento. Tentaremos refletir, através do relato de um caso, a importância do preparo da criança e do adolescente para o retorno à família, depois de muito tempo distante desta vivência. Como instrumentos de compreensão utilizamos os dados documentais, entrevista com a Assistente social que acompanha o caso e o psicodiagnóstico interventivo. Pode-se perceber as fantasias e expectativas da criança sobre esta volta e sobre a família. No caso apresentado, percebemos que a realidade não atendeu às expectativas de José, levando-o a retornar ao abrigo depois de um ano vivendo com a mãe. Diante da possibilidade de haver um novo desabrigamento, as técnicas do abrigo sugeriram o atendimento psicológico para o fortalecimento emocional de José, favorecendo a adaptação a sua vida familiar. Durante os atendimentos, José demonstrou estar adaptado ao Abrigo, embora desejasse muito voltar ao seu lar. Como outros meninos, José já fora desabrigado há anos, tendo sentido muita dificuldade em se desvincular de seus amigos do abrigo e apresentando dificuldade de relacionar se com adolescentes fora do abrigo. Também viveu dificuldades em se relacionar com a mãe. Diante da possibilidade atual, a proposta é de prepará-lo para esse retorno. Apresentamos como conclusão a necessidade das crianças e adolescentes que passaram muitos anos em

[25] O Conteúdo deste foi apresentado no Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde na Universidade Metodista de São Paulo, em setembro de 2007.

abrigos de terem uma atenção psicológica que as preparem para a volta ao lar. São necessarias medidas para prevenir todo o sofrimento decorrente das dificuldades adaptação que essas crianças tendem a viver.

Palavras Chaves: 1 – ECA 2 – Abrigamento 3 – Desabrigamento – 4 - Psicodiagnóstico Interventivo

INTRODUÇÃO

Historicamente, as crianças que são abandonadas e vivem perambulando solitárias pelas ruas. Esta informação pode ser investigada em registros desde a Idade Média, na Europa.

No Brasil as décadas de 70 e 80 foram marcados por uma série de denúncias públicas sobre as péssimas condições a que estavam submetidas as crianças e adolescentes nas FEBEMs. Contudo, no final da década de 80 e inicio da década de 90 as famílias ganharam um novo espaço com a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e o LOAS (1993).

Os artigos contidos visam juridicamente contemplar a proteção da família, infância e juventude, alterando a configuração das políticas públicas existentes. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) foi construído a partir da necessidade em garantir melhores condições de vida, as crianças e aos adolescentes, que em diversas situações eram negligenciados.

Entre diversas medidas de proteção à criança e ao adolescente destacamos os abrigos, como essencial para esta discussão. Conforme o ECA no

> Art. 98º As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:
> I – por ação ou omissão da sociedade ou Estado;
> II – por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;
> III – Em razão de sua conduta. (ECA, 2000; pág. 41)

Nestes casos como complemento ainda temos o Art. 101, reiterando:

> "Parágrafo único. O abrigo é medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para colocação em família

> substitutiva, não implicando na privação de liberdade." (ECA, 2000; pág.42)

As crianças são abrigadas através de medidas judiciais ou por encaminhamento do Conselho Tutelar da criança e do adolescente. Em geral estas crianças pertencem a famílias pobres e foram abrigadas por motivos como situação de abandono, viverem nas ruas, por sofrerem algum tipo de abuso físico ou sexual, por serem negligenciadas e quando são órfãos. Ainda podem ser abrigadas a pedido dos responsáveis, por falta de condição de cuidar do filho. Quando a família vive embaixo de pontes e nas ruas. Quando os responsáveis são acusados de algum tipo de crime, sofrem de algum transtorno de personalidade e não há outro membro na família que possa se responsabilizar pela criança/adolescente. Esta medida legal tem como intenção proteger a criança/adolescente de danos físicos ou psicológicos.

Embora o retorno da criança à família de origem ou a colocação da criança numa família substituta, seja uma prioridade, o abrigo deverá ter as condições para ficar o tempo que for necessário com as crianças que ainda não foram integradas a uma família. A integração em família substituta só ocorre quando esgotados os recursos de manutenção na família de origem.

A vida em família é de extrema importância para a constituição de um indivíduo saudável. Segundo Winnicott (1980), uma criança para ter um desenvolvimento emocional saudável, necessita de um ambiente acolhedor que possa atender a suas necessidades básicas sem provocar invasões nesse processso, ambiente este denominado de suficientemente bom. Mãe e ambiente devem, então, serem capazes de dar essa sustentação do processso de vir-a-ser da criança, satisfazendo suas necessidades básicas, de forma que o bebê se desligue gradualmente da dependência materna, constituindo seu self de forma verdadeira.

Winnicott (1980) toma a relação mãe-bebê e as interações com o meio como o fio condutor dos processsos de maturação e desenvolvimento psíquico do indivíduo e considera duas categorias para o estado de dependência inicial humana: uma primeira, inicial, desde a gestação até os seis meses, aproximadamente, caracterizada como dependência inicial absoluta, à qual segue-se uma condição de dependência relativa, entre os seis meses aos dois anos, aproximadamente. Nos primeiros seis meses de vida o bebê acha-se em um estado de total dependência do meio que lhe é oferecido pela mãe, ele e o meio estão fundidos numa unidade e a adaptação da mãe às

necessidades do bebê nesta ambientação primária é o que permite que os processsos de maturação ocorram naturalmente

Para Winnicott (1978) não existe saúde para o ser humano que não tenha sido acolhido e cuidado com amor, uma vez que na tenra idade constrói-se uma área intermediária que é necessária ao início de um relacionamento entre a criança e o mundo, tornada possível por uma maternagem suficientemente boa. Nesta, a mãe normalmente devotada é, em realidade, a mãe 'absolutamente' devotada, mas para que a relação seja realmente bem-sucedida, é indispensável que ela encontre prazer nela.

A família e as condições do ambiente para o par mãe – bebê, vem sendo obras de diversos estudos. Os estudos demonstram que quanto mais cedo uma criança é negligenciada, mais probabilidade de não se desenvolver de maneira satisfatória ela tem.

> "(...)variável alguma tem mais profundos efeitos sobre o desenvolvimento da personalidade do que as experiências infantis no seio da família: a começar dos primeiros meses e da relação com a mãe". (Bowlby, 1990; pág. 62)

Portanto, não nos parece errado afirmar que a relação entre apego seguro contribua substancialmente para a formação de adultos realizadores e auto realizados, tendendo sempre para o crescimento e positividade pessoal e social.

Quando alguma falha acontece durante o processso de evolução do apego, como no caso de separação brusca do par mãe-bebê, os resultados podem ser catastróficos. Diversos autores estudaram e citaram estas dificuldades:

> "(...)em numerosos grupos de pacientes psiquiátricos, a incidência de rompimento de vínculos afetivos durante a infância é significativamente elevada. Embora estes últimos estudos confirme as conclusões anteriores a respeito da maior incidência de perda da mãe durante os primeiros anos da infância, eles também as ampliam. Para vários tipos de condições, sabe-se agora que as maiores incidências de vínculos afetivos desfeitos incluem tanto os vínculos com os pais como com as mães, e são observados entre os cinco e os catorze anos, tanto quanto nos primeiros cinco anos. Além disso, em condições mais extremas –

> sociopatia e tendências suicidas – não só é provável que um perda inicial tenha ocorrido nos primeiros anos de vida mas também é provável que tenha sido uma perda permanente, seguida da experiência de repetidas mudanças de figuras parentais." (Bowlby, 1997; pág. 104).

Portanto, é importante apontar para o grande déficit nas instâncias bio-sócio-psicológicas que uma ruptura na relação do par mãe/bebê, sem que haja alguém que funcione com uma mãe substituta, pode acarretar para a vida do sujeito.

OBJETIVOS E JUSTIFICATIVAS

Este trabalho é um estudo exploratório que surgiu da necessidade de se buscar compreender o problema do desabrigamento de crianças e adolescentes. O interesse é pesquisar sobre o processso de institucionalização/desinstitucionalização da criança/adolescente morador de abrigo. Os caminhos da institucionalização e as dificuldades existentes para a desinstitucionalização constroem uma realidade na vida da criança/adolescente abrigado . Refletir sobre como acontece todo o processso de abrigar e desabrigar, haja visto serem os termos "abrigar" e "desabrigar" temos com forte conotação emocional do sujeito: estar abrigado, ou ainda, estar desabrigado.

Diante do aumento do número de crianças/adolescentes em situação de abrigamento, por um período maior que o dito provisório, torna-se justificável um estudo sobre como pode ser feita a adaptação à realidade familiar e social no momento do desabrigamento. Essas crianças e adolescentes encontram-se em situação de vulnerabilidade e fragilidade, dadas as circunstâncias precárias que as levaram ao abrigamento, assim, é importante um acompanhamento em todo o processso do retorno ao lar.

Esse estudo pretende somar conhecimentos a essa área, a fim de trazer contribuições que possam auxiliar na implementação de serviços de atendimento a essa população.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado do Instituto de Psicologia – USP, no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social – Projeto Apoiar, que estabelece convênios e

parcerias com instituições que necessitam do suporte psicológico, entre as quais atende abrigos da cidade de São Paulo. Através deste tipo de encaminhamento recebemos da Assistente Social de um dos Abrigos, Cássia[26], o encaminhamento de algumas crianças para atendimento psicológico.

A – Método Clínico

A pesquisa foi realizada de acordo com o método clinico, por se tratar do relato de um caso, visando desenvolver um psicodiagnóstico compreensivo (Trinca, 1984) e interventivo (Tardivo, 2006).

Foi esta a metodologia discutida e adotada por Tardivo (2004) em sua pesquisa que deu origem à sua tese de Livre Docência. Essa autora buscou o pensamento de Bleger (1975), o qual concebe que a relação sujeito-meio não é uma simples relação linear de causa e efeito entre os objetos distintos e separados, sendo sujeito e meio integrantes de uma só estrutura total.

B - Participante

O estudo é sobre um adolescente deste abrigo. Um adolescente de 14 anos de idade, a quem denominei de José, estando sob a tutela da instituição. A mesma consentiu com o estudo (termo de consentimento em anexo), o adolescente também esta ciente sobre a coleta de dados para o estudo. Ambos forma informados sobre o sigilo e que, para proteção, dados como nomes seriam trocados por nomes fictícios.

C – Instrumentos e Procedimentos

No primeiro momento anotamos todas as informações do prontuário do adolescente em questão. Esses primeiros dados estavam contidas no prontuário, e também foram citadas pela assistente social que acompanha o adolescente. Este dados forneceram informações da historia de vida de José. Essa parte do estudo baseou-se em pesquisa documental.

No segundo momento, os dados apresentados foram obtidos em sessões de psicodiagnóstico interventivo, realizado uma vez por semana, com duração de 50 minutos cada encontro. Os atendimentos foram realizados no próprio Instituto de Psicologia da USP, totalizando o número de dez encontros até o presente momento. Os atendimentos prosseguem e vem se constituindo em Psicoterapia.

[26] Nome fictício – dado para garatir a não identificação do adolescente e do abrigo.

Foram utilizadas entrevistas e técnicas de Desenho Temático. A forma de análise das sessões seguiu o método clínico, buscando-se uma compreensão psicanalítica do material apresentado.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1 - História de Vida

José (nome fictício) tem 14 anos. Ele é filho único de Martha (nome fictício), que segundo a assistente social Cássia, guarda como recordações de quando o filho nasceu: o primeiro sapatinho, umbigo e outros. Aos onze meses foi abrigado pela primeira vez.

As informações abaixo estão no Protocolo de José.

O abrigamento ocorreu depois da mãe e avó serem presas e a tia não conseguir manter a criança, resolvendo abriga - la. Neste abrigo, que nomearei de Abrigo I, ficou até os três anos de idade. Não consta nenhuma informação de qualquer problema no desenvolvimento de José. Há registro neste período de que o pai de José havia falecido logo após seu nascimento. Esse dado posteriormente foi desmentido.

Os motivos que levaram a mãe a ser presa não estão bem detalhados no prontuário. O registros informam que Martha teria sido presa por ter em sua casa armazenado uma quantidade ilícita de entorpecente. Segundo declarações de familiares e da própria Martha, ela assumiu o crime para proteger a mãe, a verdadeira traficante. Na ocasião, ela residia com a mãe e seu bebê de 11 meses.

Na época os Abrigos ainda não tinham se adequado aos princípios do ECA e as crianças eram abrigadas de acordo com sua idade. Era como se um ciclo do desenvolvimento fosse alcançado e a criança estaria apta a trocar de abrigo. Ele ficou no primeiro abrigo até completar três anos e ter controle total dos esfícteres.

Dos três até os sete anos de idade esteve no abrigo identificado como Abrigo II. Em todos os relatórios não existem queixas sobre dificuldade escolares e de sociabilização. Até este período constam espaçadas visitas, mas há informações de contatos familiares, realizados por tias paternas, maternas e pela avó, depois de conquistar sua liberdade.

A perda do poder familiar ocorreu quando ele estava com 6 anos e 7 meses. Na ocasião, a avó materna recebeu a visita das técnicas em sua casa e foi encontrada embriagada.

Meses depois, ainda no mesmo ano, a mãe, Sra. Martha, em liberdade, foi informada sobre a perda do pátrio poder. Soube onde estava o filho através de uma tia paterna, mas só acreditou que seu filho não havia sido adotado por um outra família após sua mãe ter ido até o abrigo fazer uma visita. Neste período, consta em relatório o dado que o pai é vivo, porém encontra-se preso. Constam registros no prontuário sobre a luta da mãe pela guarda do filho. Os registros indicam que Martha não tinha condições e pedia ajuda de membros da família para restituir a guarda.

No início do ano seguinte, José, com sete anos, foi encaminhado ao abrigo III. A mãe Martha regularmente visitava o filho desde sua chegada neste abrigo.

Após mais de um ano a Sra. Martha consegue um emprego, na frente de trabalho (programa emergencial de auxílio desemprego). Morava com a mãe e um irmão. Neste período aumenta sua luta junto a família pelo desabrigamento de José. Martha sentia como possibilidade poder morar com o filho, porém ainda não tinha situação adequada para reaver a tutela.

Quando José completou 10 anos foi solicitado o pedido de desabrigamento. Nesta época, a mãe já estava com um trabalho fixo e mantinha constantes visitas, favorecendo o pedido de desabrigamento.

Seis meses depois do pedido ele foi desabrigado, deixando o abrigo com festa realizada pelos profissionais do abrigo e seu amigos que viviam com ele no lar. No ultimo relatório antes do desabrigamento, consta que José, na escola, era o melhor aluno da sala e não há nenhuma informação sobre qualquer dificuldade emocional ou intelectual.

Nos anos seguintes, José com 11 anos foi re-abrigado, no ao abrigo III após a frustante tentativa de adaptação ao lar. Existem informações nos relatórios sobre queixas familiares de comportamento agressivo e dificuldade de relacionamento com crianças da mesma idade. Existe inclusive um relato de que José teria tentado atacar uma vaca com uma faca. No forúm, no momento do pedido de re-abrigamento, diante dos técnicos, Martha acusou os funcionários do abrigo de terem forçado o desabrigamento[27].

Depois deste re-abrigamento, José passou por um período sem nenhum contato com os familiares. Sua adaptação ao abrigo foi rápida, não apresentando nenhuma dificuldade no retorno.

[27] Informações no prontúario e confirmadas pela assistente social Cassia.

José já estava morando no abrigoIII há 8 meses quando a avó materna e o tio materno foram convidados para serem padrinhos de batismo de José. O abrigo a partir deste convite, passou a buscar um contato com a família.

Quando José completou 13 anos, a mãe começou a ligar no abrigo para falar com o filho.

No mês seguinte, a família foi convidada à participar da primeira comunhão de José, participando ativamente. Alguns meses depois se iniciaram as visitas regulares da avó materna, porém Martha não fez nenhuma visita ao filho até o presente momento.

José passou as férias desse ano na casa da Tia Paula. Após esta férias todas as semanas José fica com a família, nos finais de semana. Depois de um período esta convivência com a família passa de semanal para quinzenal, mantendo-se assim até a data atual.

Os finais de semana com a família para José, tornaram-se uma rotina. Ele demonstra estar adaptado às idas e voltas ao abrigo, não apresentando queixas sobre sua vida no abrigo ou ainda sobre os finais de semana com a família.

2 – Reflexões sobre os atendimentos

A fantasia e o desejo de conviver com a família está presente em quase todas as sessões. Algo complexo e que para ser vivido de maneira saudável necessita de um trabalho conjunto e integrado de diversos profissionais, para garantir que tanto ele como a família possam suportar e viver este retorno. A convivência de pessoas parentes que se sentem estranhos devido a tanto tempo separados.

O abrigo foi o local em que ele pode desenvolver-se durante o período em que a mãe estava impedida judicialmente de cuidar e outras pessoas da família não podiam garantir o seu bem estar. Com o retorno da mãe à liberdade e a luta pela guarda de José houve o retorno ao lar. Este retorno foi tentado através de uma readaptação, tendo o mesmo voltado a morar com sua mãe. Entretanto, o estranhamento e a falta de adaptação da dupla mãe e filho ocasionaram o retorno de José ao abrigo.

> Se o comportamento imaturo e ansioso da criança ao voltar para casa for tratado com impaciência, desenvolveu-se um círculo vicioso na relação da criança com a mãe, o mau comportamento sendo castigado com repreesões e punições que, por sua vez,

> provocaram novos comportamentos imaturos , novas exigências e novas birras. (Bowlby, 1988, p.31)

Após quase dois anos deste reabrigamento, um retorno definitivo ao lar materno tornou-se uma possibilidade mais próxima, embora até o momento presente não tenha acontecido. Como esta situação de abrigamento já se perpetua por longos anos, ferindo a proposta do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), ressalta-se a importância do oferecimento de um atendimento psicológico às crianças/adolescentes diante do afastamento do familiar.

Esta necessidade de atendimento terapêutico foi notada pelos profissionais do abrigo, que o encaminharam, José esta sendo atendido, iniciamos com o psicodiagnóstico interventivo e continuamos com os atendimentos psicoterápicos.

Como foi exposto, diversas são as consequências da separação do par mãe e bebê no início de seu desenvolvimento, Bowlby (1990) publicou um trabalho enfatizando os efeitos desastrosos da separação e do desenvolvimento infantil nas creches, instituições ou hospitais. A partir desses dados, o autor postulou que, para desenvolver-se normalmente, a criança precisaria ter durante os primeiros anos de vida uma relação afetiva e íntima com sua mãe ou mãe substituta permanente.

A separação do par mãe e bebê, sem que haja a existência de um cuidador sensível, pode dificultar um desenvolvimento saudável. Bowlby (1990) acrescentou que essa relação íntima, afetiva e contínua entre mãe e filho, em que ambos encontrem satisfação, é imprescindível para a saúde mental do indivíduo adulto. Várias formas de neuroses e desordens de caráter, sobretudo psicopatias, podem ser atribuídas seja à privação do cuidado materno, seja à descontinuidade na relação da criança com uma figura materna durante os primeiros anos de vida.

Dentro da instituição de abrigo José pode aprender a lidar com as regras e normas, com o poder constituído e com toda a "cultura" institucional, desenvolvendo estratégias de sobrevivência. Criou bons vínculos naquele ambiente com pessoas internas e externas à instituição. Na tentativa de adaptação à família, tendo José voltado a morar com sua mãe, eles conviveram em família durante um ano, mas foi apresentada uma incompatibilidade no encontro do par mãe e adolescente, e esta dificuldade de adaptação à nova situação da mãe e do filho, levaram José novamente ao abrigo.

> “(...)quando as crianças voltarem para casa, não irão

> necessariamente encaixar-se nos mesmos buracos que provocaram ao sair de casa, pela simples razão de que o buraco desapareceu. Mãe e filho tornaram-se capazes de se arranjar um sem o outro, e quando se reencontrarem terão de partir da estaca zero para voltarem a conhecer um ao outro. (Winnicott, 1984, p.49)

A equipe do abrigo buscou tranquilamente, respeitando o tempo da mãe e o tempo de José, um reencontro. Esta possibilidade de reencontro e retorno ao lar foi sentida pelos profissionais da casa abrigo que acabaram por indicar o paciente aqui apresentado a orientação psicanalítica.

O processso terapêutico foi desenvolvido neste caso, buscando fazer o que paciente integre não apenas os aspectos positivos dentro de si, como também seja capaz de construir uma casa interna. Cabe ressaltar a importância deste trabalho nos caso de regresso ao lar por crianças/adolescentes que permaneceram separadas dos pais durante um longo período de tempo. Winnicott (1984) apresenta uma discussão em relação a fantasias da crianças/adolescentes sobre um lar maravilhoso, capaz de suprir todas as necessidades, mas que não condiz com a realidade e o que impede a descoberta das vantagens do lar real. Ressaltando a importância de acompanhamento técnico durante o regresso ao lar, para muitas crianças separadas de seu pais por algum tempo.

> (...) Privadas de tudo aquilo que dava significado à sua vida, especialmente família e amigos, eram dominadas por uma sensação de vazio. (Bowlby, 1988, p.48)

Durante o processso de atendimento, José inicialmente se apresentou com um adolescente inseguro e limitado. Após algumas sessões, ele começou a expressar sua criatividade, através de seus desenhos e brincadeiras, expressar seus desejos e angustias. José demonstrou sua capacidade positiva de vincular-se com a terapeuta, podendo receber um suporte afetivo. Acompanheremos ainda, seu regresso ao lar para fortalecer as relações fora do abrigo ou ainda sua permanência no abrigo, trabalhando com as frustações caso esse desejo não possa ser realizado.

Este caso, como em diversos de outros já registrados pela literatura, apresentam a necessidade de ter um acompanhamento mais próximo também das famílias que são destituídas do convívio com seu filhos.

CONCLUSÃO

Os objetivos do estudo foram alcançados, pois o relato de caso apresentado nos permitiu refletir sobre os processsos de desligamento institucional e de reinserção familiar. Devido à complexibilidade da situação de abrigamento, conhecer, compreender a criança eadolescente e desvelar seus desejos é uma tarefa que necessita de um olhar atento a comunicação através do lúdico. Embora este estudo não seja conclusivo, pode se pensar em caminhos que favoreça o desenvolvimento de crianças e adolescente em situação de abrigamento/desabrigamento, como José.

A experiência da relação terapêutica apresentada neste trabalho possibilita a observação de resultados positivos para o adolescente, que pode contar com um ambiente acolhedor, diante do contexto adverso de sua realidade. O retorno ao seio familiar não é algo tão simples, principalmente levando em consideração uma separação tão antiga.

Este caso específico esclarece a necessidade de um preparo para crianças e adolescentes que deixa a instituição, assim como um acompanhamento após o processso de desligamento. Um atendimento psicológico que possa favorecer uma reinserção eficaz, através de um período de adaptação e revinculação à família. Fica também claro a necessidade de um apoio à família, além dos oferecidos pelas autoridades juridicas.

No caso apresentado não foi possível um acompanhamento mais incisivo da família, devido a resistência da própria mãe. É necessário trabalhar com a família em relação às fantasias ao retorno do filho, assim como capacitar e resgatar essas famílias no exercício de sua cidadania, trabalhando práticas educativas adequadas e otimizando, desta forma, as competências das figuras parentais enquanto capazes de desempenhar o papel de cuidadores e educadores.

> (...) O método para evitar que uma criança sofra privação da mãe consiste, basicamente, em garantir que ela seja criada por sua própria família. Torna-se necessário, portanto, analisar detalhadamente estas questões. Esta posição afasta-se da tradição estabelecidade pelos trabalhos com crianças que sofrem privação, que dão pouca atenção aos métodos que poderiam melhorar as condições do lar para que as famílias possam permanecer unidas, apressando-se, ao invés disso,

> em considerar a melhor maneira de se cuidar das crianças em algum outro lugar. (Bowlby, p. 77, 1981)

Essas estratégias funcionariam como recursos que evitariam a institucionalização, e o reingresso no sistema institucional, ao fornecer apoio e fortalecer os elos e as possíveis redes sociais de apoio.

José continuara em atendimento, outras crianças e adolescentes vivem situação semelhantes . O pessoal que trabalha em abrigos e famílias vivem esses processsos com sofrimento. É necessário que se façam trabalhos preventivos e interventivos. O psicólogo clínico tem nessa área uma função a cumprir dentro da equipe. É importante trabalhar para compreender e minimizar o sofrimento de todos os envolvidos.

BIBLIOGRAFIA

AZÔR, A.M.G.C.C.V. - Abrigar ... Desabrigar: conhecendo o papel das famílias no processso de institucionalização / desinstitucionalização de abrigados . Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada), Universidade de Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005

BARBIERI, V. A Família e o psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no Tratamento de transtornos de conduta infantis. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002

Bleger, J. - Psicologia de la Conducta. Buenos Aires Editorial Paidós, 1975.

BOWLBY, J. – Cuidados Maternos e Saúde Mental. Tradução Vera Lúcia Baptista de Souza e Irene Rizzini – 2ª ed. - São Paulo, Martins Fontes, 1981.

_____. - Formação e Rompimento dos Laços Afetivos – tradução Àlvaro Cabral – 3ª ed. - São Paulo: Martins Fontes, 1997.

_____. - Trilogia Apego e Perda. Volumes I e II. São Paulo. Martins Fontes, 1990.

FREITAS, Marcos Cezar de. (org.) História social da infância no Brasil. São Paulo: Cortez/USF, 2003.

MARICONDI, M. A. (coordenação) - Falando de Abrigo. Projeto Casas de Convivência – São Paulo: FEBEM. 1997.

LEONCIO, W. A. H. Retrato de Vivências emocionais de crianças recém abrigadas:

Observações psicanáliticas por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias. São Paulo: Dissertação (Mestrado) – IPUSP, 2002

LÜDKE, M. e André, M. E.D. – "Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas". São Paulo, E.P.U., 1986.

PAULO, M. S. L. L. Depresssão e Psicodiagnóstico Intereventivo: proposta de atendimento. São Paulo: Vetor, 2005

SEI, Maíra Bonafé Desenvolvimento Emocional e os Maus Tratos uma Perspectiva Winnicotiana – Tese . São Paulo: s.n., 2004.

TARDIVO, L.S.P.C – Normas para Avaliação do Procedimento de Desenhos Estórias numa amostra de crianças Paulistanas de 5 a 8 anos de Idade. São Paulo, 1989. 294 p. Dissertação (Mestrado) – Intituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

_____ – Análise e Interpretação. In TRINCA, W. , org. Formas de Investigação Clínica em Psicologia. São Paulo, Vetor, 1997. Cap. VI, p. 115 – 155.

TRINCA, Walter – Diagnóstico psicológico: pratica clinica/ Walter Trinca e colaboradores. - São Paulo: EPU, 1984 (Temas básicos de psicologia; v. 10)

TRINCA, A,. M. T . - O Procedimento de Desenhos-Estórias como instrumento de intermediação terapêutica na pré cirurgia infantil : um estudo qualitativo.Tese de doutorado. Instituto de Psicologia , Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002

TURATO, E.R. – "Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas". – 2ª ed., Petrópolis, Vozes, out./2003.

WINNICOTT, D.W - A Criança e seu Mundo. Tradução Àlvaro Cabral. 4ª ed. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1977.

_____ - A Família e o Desenvolvimento do Indivíduo. Tradução Àlvaro Cabral. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

_____ - Explorações Psicanaliticas. Tradução Àlvaro Cabral. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____ - Natureza humana. Tradução Àlvaro Cabral. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____ - Os Bebês e suas Mães. Tradução Àlvaro Cabral. 2ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____ - O brincar e a realidade. Tradução Àlvaro Cabral. Rio de Janeiro, Editora Imago, 1971.

_____– Privação e Deliqüência . Tradução Àlvaro Cabral. 1ª ed. - São Paulo, Martins Fontes, 1987

_____ - Textos selecionados da Pediatria à Psicanálise. 1ªed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

www.larcriancafeliz.org.br/abrigo.htm - texto Cadernos de Ação n°3 - "Trabalhando Abrigos" – CBIA/SP, páginas 22 e 23.

AVALIAÇÃO CLÍNICA EM CRIANÇA ABRIGADA, COM DIFICULDADE DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL.

Maria Aparecida Mazzante Colacique ([1])
Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

Introdução:

Este trabalho buscou auxiliar a coordenadora de um abrigo da Capital, que procurou o Laboratório Apoiar, em função das dificuldades que vem percebendo em Manoela, uma menina de 10 anos de idade, com a suspeita de abuso sexual, antes de ser abrigada. Está no Abrigo há questão de quatro anos, tendo sido trazida por um irmão que já se encontrava no abrigo, por ter notado que a mãe não cuidava da irmã, como ele vinha sendo cuidado no abrigo. A Coordenadora descreve Manoela, como muito tímida fechada ao contato, relacionando-se com as monitoras, especialmente as que mais gostava, de um modo muito distante e passaram a notar também um interesse exacerbado por meninos, mas muito camuflado, e escondido das monitoras, o que motivou a busca de atendimento. Havia sido aventada a possibilidade de uma família adotá-la, a qual não se efetivou, até o momento.

Algumas considerações sobre o Abrigo:

A estrutura básica desse abrigo é constituída de uma casa com vários cômodos, separados segundo o sexo dos jovens; atendem crianças e adolescentes, de 0 a 17 anos de idade, em qualquer situação de risco, vítimas de maus tratos por qualquer pessoa, inclusive familiares que negligenciam os cuidados imprescindíveis ao menor, e que vivem em condições sub-humanas. As crianças e adolescentes são encaminhadas pelo Conselho Tutelar e outros órgãos públicos. Nessa associação existem 22 jovens abrigados, que são preparados ao longo dos anos e de acordo com cada idade, para a inserção no mercado de trabalho, após completarem 18 anos de idade. Nem todos estão preparados para deixarem o abrigo, com essa idade, fator que a própria instituição aguarda uma solução em parceria com outros órgãos institucionais para fazer frente a esta demanda. Durante o período que permanecem no abrigo, existe a

possibilidade de serem adotados. Segundo o conceito de Winnicott (1982), o fornecimento de um lar substituto para crianças que foram negligenciadas na vida privada de família é um forte componente de contribuição para um ajuste social e a realização de uma psicoterapia ser eficaz.

Objetivos:

***Buscar compreender o sentido das dificuldades emocionais de Manoela, em especial suas dificuldades no contato;**
*Discutir a questão da possibilidade da adoção de Manoela e os efeitos que podem ter em seu comportamento.

Métodos:

Foram realizadas duas entrevistas com a Coordenadora do Abrigo, para conhecimento dos procedimentos da Associação e em seguida foi também a anamnese da Manoela, durante o tempo em que estava morando na Entidade. Foram feitas observações lúdicas, testes projetivos, gráficos e verbais. Foi empregado o Procedimento de Desenhos Estórias de Trinca (1987); e o teste projetivo foi o "Teste de Apercepção Infantil, versão com animais (CAT)" de (Bellak, 1965). (uso permitido em pesquisa como nesse caso).
O primeiro e o terceiro desenho livre de Manoela foi significativo e, portanto se fez presente neste contexto, juntamente com uma parte do seu relato:

1) *"Do peixe estava caindo uma gota de sangue, porque comeu dois peixes, um vivo e outro morto. O primeiro peixe na linha do mar estava triste porque o tubarão estava comendo o irmãozinho dele. Toda a família estava triste, menos os três peixes após o primeiro, que não estavam tristes, porque não gostavam daquele irmão que a baleia estava comendo".*

Nota-se que a percepção de Manoela em relação à família dos peixes é a própria confusão que um dia viveu entre seus familiares de sangue, a vida e a morte estavam presentes durante o seu caminhar e continua presente porque não sabe se vai deixar o

Abrigo que seria uma separação das pessoas que gosta e vai para um lar que é o seu desejo manifesto de alcançar a atenção e carinho que tanto busca.

2) *"Não me atrapalhe... E não olhe..." (terapeuta virou o rosto para ela fazer o desenho). "Este eu não vou falar tem que adivinhar". Escondia e mostrava só uma parte da folha, depois de terminado o desenho mostrou a folha por inteiro. Depois de dar algumas pistas para a terapeuta acertar, disse que tinha ido ao domingo no Pico do Jaraguá. "Como errou onde eu fui no domingo, tem que acerta quantos carros foram" T: dois. "Acertou, vou colocar no canto da folha os seus erros e acertos. Tem que acertas quantas pessoas foram". T: várias. "Acertou pela metade".*

Nota-se que durante todo o tempo ela queria se certificar de que a terapeuta não a invadiria o que estava na sua cabeça, tentando manter o controle da situação. Esta é uma forma de preservação que neste caso, ela consegue manter uma certa privacidade mesmo morando dentro de um abrigo.

Resultados:

Durante as entrevistas com Manoela foi percebido que ela apresentava as mesmas características relatas pela coordenadora dentro do Abrigo. Ela fazia o que era pedido, mas em um dado momento da sessão, ela procurou esconder da terapeuta o que estava fazendo.

Em seguida buscava a atenção desta, querendo que descobrisse o que estava escondendo, como a terapeuta errasse em todas as tentativas ela ficava contente de perceber que poderia deter os seus segredos e que não seria invadida. Após algumas vezes que isso acontecia ela procurava falar e também mostrar para a terapeuta o que estava fazendo. Surgiram muitos aspectos relacionados com a morte e adoção durante a realização dos testes. Demonstra querer começar uma nova vida o mais breve possível.

Ela revela aspectos ligados a sexualidade, como uma forma de descoberta da mudança do corpo; o que pode se relacionar á proximidade da puberdade.

Discussão:

Nota-se que Manoela é detentora de um segredo, e quer se sentir observada, para poder comunicar este segredo. Fica na espera para ver se será invadida, e quando percebe que há respeito nessa sua postura, abre-se como uma forma de poder dividir o que quer e como quer e quando quer. Abre-se com facilidade ao desejo da adoção e queixa-se da espera da família que ainda não fez nada para tal. Ao mesmo tempo, tem algo muito significativo para uma criança abrigada, sabe se defender e marcar espaço quando lhe convém, como uma forma de minimizar a sua privação infantil. Para Winnicott, o esconde-esconde é uma brincadeira bastante sofisticada, que é uma alegria a criança estar escondida, mas um desastre ela não ser descoberta. (Abram, 2000).

Conclusões:

Pode-se perceber que as dificuldades de contato de Manoela podem estar relacionadas à indefinição de ter um lugar para morar, porque a família que se interessou pela adoção, não efetivou até o momento, os procedimentos legais, nem em relação à Coordenadora do abrigo e nem em relação aos órgãos competentes.
Pode-se também perceber a tentativa de Manoela de se proteger e não se vincular na Instituição, de medo de perder, e também da família que vem visitá-la, incentivando assim o desejo de adoção. Pode-se pensar que seu comportamento revela uma tentativa de manter algum controle sobre seu futuro incerto; buscando assim algum alívio do sofrimento.

Término da avaliação do psicodiagnóstico:

Foi dada à devolutiva a Manoela, enfocando os aspectos mais proeminentes dos desenhos, (como os citados acima), mostrando seus próprios desenhos e contando as histórias.
Ela passou a prestar muita atenção, parou de se mexer na cadeira como normalmente ocorria e não desviava os olhos dos desenhos, eventualmente olhava para a terapeuta e ria, mas em seguida voltava a olhar os desenhos.

Enquanto a terapeuta contava as histórias, ela acompanhava e algumas vezes se adiantava na história exatamente como havia relatado da primeira vez.

Não quis comentar nada.

Foi-lhe proposto que começariam um trabalho psicoterapeutico em breve, para elaborarem as questões que foram ditas sobre ela, para uma melhor atuação na vida. Riu e disse que voltaria todas as semanas.

Houve um encontro com a Coordenadora do Abrigo, com a explicação da necessidade do atendimento psicoterápico para a Manoela, visando os aspectos de estar mais fechada, provavelmente ligados ao passado, bem como a proximidade da adolescência e a indefinição de onde ela permanecerá.

A coordenadora reconheceu que essa indefinição atrapalha não só a Manoela, como também as outras crianças, e que ela pessoalmente resolveria essa questão com a família que está interessada.

Comentou também que em dois meses a Manoela teve um avanço muito grande na escola e em casa, está interessada em ler qualquer coisa que aparece na sua frente. Está mais comunicativa e recebeu elogios por parte da professora pelo seu desempenho nas atividades escolares.

Coordenadora disse que ela chegou a reclamar que era dia dela vir à terapia e não queria perder. Foi-lhe explicado que na próxima semana ela compareceria.

Nota-se que Manoela está pronta para um efetivo trabalho terapêutico, onde conseguiu estabelecer vínculo com a terapeuta, durante o trabalho de avaliação a ponto de lutar pelo seu espaço com a coordenadora, sendo que era uma de suas maiores dificuldades.

([1]) Maria Aparecida Mazzante Colacique – Doutora em Psicologia Clínica, pelo Instituto de Psicologia da USP; Psicóloga do Laboratório Apoiar, no grupo de Vitimização.

REFERÊNCIAS:

ABRAM, Jan. **A linguagem de Winnicott:** dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000**.**

BELLAK, L. **Teste de Apercepção Infantil. Versão com animais. (CAT).** 2ª.ed. Buenos Aires. Paidós. 1965.

TRINCA, W. **Investigação Clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática**. 2ª. Ed. São Paulo. EPU. (Coleção Temas Básicos de Psicologia). 1987.

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. 6ª. ed. Rio de Janeiro. Zarah Editores.1982.p.260.

ADOLESCENTES ABRIGADOS:
ESBOÇOS PARA UM RETRATO OBSERVADO

Paola R. Dottori (Aluna UNISANTOS); Déa Berttran (Aluna UNISANTOS);
Profª Ms. Dagmar Menichetti (Orientadora)
Supervisão no APOIAR - Profª Ms. Wadad Ali Hamad Leôncio; Profª Leila Cury Tardivo

INTRODUÇÃO

Estudo sobre o ambiente físico e afetivo de um abrigo de adolescentes de 12 a 18 anos, do sexo masculino.

É direito desses jovens e dever da sociedade prover-lhes um meio facilitador de vida plena, segundo o ECA, que propicie o desenvolvimento emocional e a capacidade criativa para enfrentar a realidade, promovendo resiliência frente às dificuldades.

Um espaço autoritário e acusador pode revelar-se como reprodutor da lógica da exclusão e do abandono. A instituição que compreende as necessidades dos adolescentes e propicia vínculos afetivos amplia as possibilidades de desenvolvimento psicológico e de reinserção social.

A instituição foi analisada de acordo com os conceitos de *holding* e *ambiente suficientemente bom*, de Winnicott (1983, 2005). Utilizou-se os parâmetros de Goffman (1974), que cunhou o termo *Instituições Totais,* definindo que certas instituições, como grandes hospitais e orfanatos, caracterizados pelo controle e exclusão dos internos, inviabilizavam a formação de identidade do indivíduo. Consideramos também relevantes à análise as pesquisas de Arpini (2003) e Pereira(2004), que relatam o processo histórico que definiu a criação dos abrigos, além das próprias diretrizes do ECA (BRASIL, 1990) como norte para a prática

OBJETIVOS

- Caracterizar a instituição através da análise de seus documentos, de observações do local e da equipe cuidadora, e entrevistas com o diretor e com os Operadores Sociais (cuidadores).
- Observar se a instituição facilita o desenvolvimento global dos adolescentes, promovendo a resiliência frente as situações de vida enfrentadas.

- Verificar se na instituição o adolescente encontra profissionais aptos e dispostos a estabelecerem vínculo positivo com eles.

MÉTODO UTILIZADO

O método para o estudo consistiu de: roteiro de observação do ambiente, coleta dos documentos e entrevistas com a equipe cuidadora. A partir deste material realizou-se uma análise focalizando:

- A estruturação do ambiente;
- Os documentos que norteiam a abordagem psicopedagógica do abrigo;
- A qualidade do vínculo entre cuidadores e adolescentes.

RESULTADOS

Utilizando os instrumentos acima mencionados, obtivemos algumas impressões sobre o abrigo pesquisado:

1. Ambiente é asseado, mas impessoal

"O que me desestimula é a gente não poder fazer o que a gente quer fazer, o que eles merecem ter. Essa parte, por exemplo, de limpeza, de comida, da forma que ela é colocada, ela é imposta, pois não tem quem faça. Isso me desestimula muito." (relato de cuidador)*

- Insatisfação dos cuidadores com as tarefas realizadas no abrigo, pois acreditam que não condizem com o papel do Operador Social;
- Descontentamento com os adolescentes, de não colaborar com a limpeza da casa e conservação de seus objetos;
- Não há objetos pessoais pela casa, ou indício que tenham participado na disposição de seus ambientes.

2. Afeto e interesse dos cuidadores

equipe cuidadora mostra-se comprometida com a vida dos jovens abrigados. Demonstram seu afeto e interesse de diversas maneiras, como na explicação de um dos cuidadores, sobre o quanto conhece os adolescentes: *"Olho para ele e já sei quando ele está triste, pensativo, quando alguma coisa doeu nele... Ele abre um sorriso assim de manhã, aí pronto, eu sei que está tudo bem." (relato de cuidador*)*

3. Há um projeto pedagógico que não é utilizado na prática

Há significante diferença entre a conduta dos cuidadores na organização de suas tarefas, nos princípios que dirigem as suas ações, na maneira como encaram o desenvolvimento dos adolescentes e como lidam com suas famílias etc. Observamos que existe um projeto pedagógico para a tomada de decisões na prática do cuidador, mas não é usado no dia-a-dia, ficando apenas acessível à diretoria.

4. Interesse dos cuidadores em se capacitarem para a realidade no abrigo

Há interesse dos cuidadores em obter informações para assistir os jovens abrigados. No entanto, ocorre um problema cíclico: não há investimento em capacitação, o que gera grande rotatividade de cuidadores, pois ficam impotentes e desmotivados, o que faz com que o poder público não invista em capacitação, pois os funcionários ficam pouco tempo na função. A política de contratação agrava a situação: funcionários contratados por concurso público trabalham no mesmo cargo que funcionários contratados. Isso faz com que os contratados fiquem sujeitos a sanções, menos motivados a capacitarem-se, além do poder público não investir tanto quanto nos concursados (efetivos).

Observamos que a falta de capacitação tem como conseqüências principais a vulnerabilidade a decisões pouco profissionais, o que os expõe à ineficiência frente a si mesmos e à população que atendem; Diminui a auto-estima e auto-controle diante de uma realidade de natureza estressante; Gera identificação com os adolescentes: enquanto este desafia os papéis parentais, aquele, a direção do abrigo, ambos criticando as regras e limites.

5. Projetos para acompanhamento do adolescente e de sua família após o desabrigamento

Este é um ponto de grande potencialidade do abrigo e a sua operacionalização poderia ser mais enfatizada na instituição, exaltando o papel da equipe cuidadora como transformadora da realidade dos abrigados. É fundamental que se trabalhe para o retorno do adolescente a sua família, atento à manutenção dos vínculos essenciais ao jovem, mesmo após seu desabrigamento. A instituição deve ser um local que promova o desenvolvimento e autonomia dos jovens e de sua família.

6. Disponibilidade da equipe em abordar assuntos difíceis

"Então, por exemplo, aquela conversa que eu tive com o menino não deu resultado, mas amanhã vai dar resultado. Não através de mim, mas de outro profissional que, às vezes, o menino juntou aquilo na cabeça... " (relato de cuidador)*

7. Carência afetiva, desesperança e abandono são compartilhados por cuidadores e adolescentes abrigados

Não houve resistência dos cuidadores em abordar temas difíceis, como drogas, violência e sexualidade. Porém, estes assuntos causam muitas divergências nas opiniões para a prática, e foi então que percebemos que não há consistência na construção das posturas necessárias aos cuidadores. Isso é uma das conseqüências da falta de capacitação profissional e de um projeto pedagógico efetivo, que dê referência única à equipe, pelo menos quanto às atitudes mais delicadas e situações mais polêmicas.

Uma tristeza grande, uma dor no peito, pela sociedade, não pelos meninos, em que vivemos hoje." (relato de cuidador*)

Esta fala caracteriza a proporção generalizada que tomam as queixas apresentadas pelos cuidadores à medida que não são ouvidos, nem apoiados em seu cotidiano. Assim como para os abrigados, é perpetuada para os cuidadores a falta de voz e de poder de transformar a realidade. Como proteção, os cuidadores muitas vezes ficam insensíveis e desesperançosos quanto ao alcance de seu trabalho. Isso explica a apenas aparente falta de comprometimento com o bem-estar dos adolescentes algumas vezes percebida. Esta falta de apoio também gera descrédito do cuidador quanto às potencialidades dos adolescentes e de sua família em poder responsabilizar-

se por ele. O cuidador acaba competindo com a família de origem e não trabalhando para que o adolescente volte para ela.

8. Preocupação com a prática no abrigo e vínculo positivo com os adolescentes

Ao aceitarem que pesquisássemos o abrigo, a equipe cuidadora mostra vontade de mudança, de melhorar os cuidados com os adolescentes que atende. Além disso, o que há de mais importante a ser ressaltado é o vínculo positivo que percebemos haver entre os cuidadores e jovens abrigados.

CONCLUSÃO

Os instrumentos (questionários e roteiros de observação) foram eficientes para aproximação da realidade pesquisada; -

Ser cuidador só é possível com comprometimento e disponibilidade interna; -

Falta de apoio emocional e de capacitação profissional prejudicam a qualidade do vínculo; -

O papel do cuidador tem imensa importância, mas pouca valorização e reconhecimento. -

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARPINI, Dorian Mônica. Repensando a perspectiva institucional e a intervenção em abrigos para crianças e adolescentes. Psicol. Cienc. Prof. 2003, vol. 23, no. 1, p.7-15. ISSN 1414-9893.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. Tradução: Dante Moreira Leite. Perspectiva: São Paulo, 1974

WINNICOTT, W. D. Privação e delinqüência. Trad. de Álvaro Cabral. Revisão da tradução de Mônica Stahel. 4 ed. São Paulo, Martins Fontes, 2005.

WINNICOTT, W. D. O ambiente e os processos de maturação. Trad. de Irineu Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

DIAGNÓSTICO, PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA E IDOSOS

Miriam Altman,

Kayoko Yamamoto

Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

Teoria da adaptação e EDAO

A EDAO pode ser usada, pelos profissionais da saúde mental, como um recurso valioso para fazer um diagnóstico do paciente e ou da população, que permita com brevidade obter-se um levantamento e classificação e, dessa forma, organizar providências para seu atendimento, conforme a classificação atribuída a cada indivíduo. Esta escala foi elaborada por Simon (1989) e, a partir da classificação que sua utilização produz, com base na qual é elaborado o diagnóstico, podem ser feitas intervenções preventivas imediatas nos casos mais graves ou em crise. Ele se constitui também num recurso para a prevenção de doenças mentais, o que é muito importante para um país como o nosso em que a maioria da população vive condições precárias de subsistência e cujas políticas voltadas para a saúde em geral dispõem de recursos financeiros escassos.

Pensamos que a singularidade desta escala consiste em usar o conceito de adaptação como critério de avaliação. Mas é importante se considerar que adaptação e conformismo não dizem respeito a um mesmo estado mental. A adaptação no contexto teórico que produz esse diagnóstico diz respeito à inter-relação do indivíduo consigo mesmo, com os outros e com o ambiente em que vive e a forma como soluciona seus problemas.

Em outras palavras, adaptação compreende a totalidade das respostas oferecidas pelos sujeitos às condições internas e externas que continuamente se modificam. Ela é avaliada com base em quatro setores adaptativos: afetivo-relacional (A-R) que constitui o conjunto das respostas emocionais do individuo com respeito a si próprio e nas relações interpessoais; produtividade (PR), que compreende o conjunto

das respostas face às atividades do trabalho ou estudos; sócio-cultural (S-C), que abrange as respostas com relação ás instituições sociais e aos valores e costumes da cultura em que se encontra inserido; e orgânico (OR), que inclui o estado do organismo como um todo, bem como as respostas referidas aos cuidados com o corpo e a aparência.

A adaptação é avaliada de acordo com esse conjunto de fatores de adequação, e esta, se mede a partir das soluções que o sujeito propõe às dificuldades, às necessidades e aos desejos internos e externos. A medida da adequação é feita segundo três critérios, pois, para cada problema que requer uma resposta adaptativa, verifica-se se a respostas: 1) – solucionam o problema; 2) se a solução é ou não gratificante; e 3) - se a solução gera ou não conflito intrapsiquico ou ambiental (Simon, 1989).

Para efeitos diagnósticos, Simon (1989) classifica a adaptação segundo sua eficácia. Ela pode ser adequada, pouco adequada e pouquíssima adequada. Em particular, se o problema é vital e o sujeito não encontra qualquer forma de solução em curto prazo, estará “em crise”.

Existem três tipos de adequação possíveis (quando atende ao requisito recebe um sinal positivo [+]):

adequadas (+++): 1) resolvem o problema (+);
2) são satisfatórias (+);
3) não criam conflito intrapsíquico nem ambiental (+).

pouco adequada (++): 1) resolvem o problema (+), mas apenas
2) são satisfatórias (+), e
3) criam conflito.
Ou: 2) não são satisfatórias, embora 3) não criem conflito (+).

Pouquíssimo adequadas (+): 1) resolvem o problema (+), mas,
2) sem satisfação, e
3) com conflito.

Em particular, se o problema é vital e o sujeito não encontra qualquer forma de solução em curto prazo, estará “em crise”.

Simon (1995) percebeu que, caso trabalhasse quantitativamente apenas com o setor *afetivo- relacional* (A-R) e de *produtividade* (Pr), considerados clinicamente mais importantes, e deixasse de quantificar os setores *sócio-cultural* (SC) e *orgânico* (OR), avaliando estes apenas qualitativamente, chegaria a um resultado preciso e coerente. Isso porque se nos setores (SC e OR) houvesse um comprometimento significativo, este se refletiria na área afetivo-relacional (A-R) e de produtividade (PR), e vice-versa. Chegou-se assim à atual proposta de quantificação:

Quadro 1 – Quantificação dos setores adaptativos A-R e PR

SETOR	TIPO DE ADEQUAÇÃO (pontuação)		
	Adequado	Pouco	Pouquíssimo
A-R	3	2	1
Pr	2	1	0,5

Grupo 1- Adaptação Eficaz: personalidade “normal”, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos (5 pontos);
Grupo 2 - Adaptação Ineficaz Leve: sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições (4,0 pontos);
Grupo 3 - Adaptação Ineficaz Moderada: alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caraterológicos (de 3,0 a 3,5 pontos);
Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa: sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos (de 2,0 a 2,5 pontos);
Grupo 5 - Adaptação Ineficaz grave: neuroses incapacitantes, *borderlines*, psicóticos não-agudos, extrema rigidez caracterológica (1,5 pontos).

Quando existe a situação de “crise”, essa designação seguirá a classificação principal, dispensando um agrupamento próprio. O fator original da crise ocorre com a possibilidade de perda ou ameaça de perda ou por aquisição (ou expectativa). A crise se deve ao aumento ou à redução significativos do espaço no universo pessoal; o indivíduo apresenta angústia diante do novo e desconhecido (SIMON,1989).

Psicoterapia Breve Operacionalizada

A PBO, assim chamada porque se deriva da Teoria da Adaptação e da EDAO que lhe corresponde, compõe-se de três passos principais:

Primeiro passo: entrevista psicológica detalhada para verificar as adequações do sujeito no presente, determinando-se as "situações-problema".

"Situações-Problema" são devidas a soluções *"pouco"* ou *"pouquíssimo adequadas" verificadas no presente do sujeito".* Elas são detectadas por cada setor da adaptação (A-R, PR, S-C e OR), estimando-se se há interações entre elas. Se houver, determina-se qual a "situação-problema" nuclear. Às vezes basta ajudar o paciente a encontrar uma solução adequada para a situação-problema nuclear, resolvendo-se espontaneamente as demais que dela derivam.

Segundo passo: nas mesmas entrevistas procura-se acompanhar a evolução do sujeito desde a infância até o presente, conforme tenham as soluções e relacionamentos adotados nos quatro setores adaptativos. Esse histórico permite conjecturar a respeito da dinâmica inconsciente e a constituição de complexos inconscientes que influenciam geralmente as soluções pouco adequadas na atualidade.

Terceiro passo: de posse desses dados sobre as "situações-problema", pouca adequação atual e conjecturas psicodinâmicas, o psicoterapeuta determina previamente o número de sessões a serem trabalhadas com o paciente. Estas podem variar desde uma sessão - em "situações-problema" simples – até no máximo doze sessões, quando as "situações-problema" são complexas ou existe "crise adaptativa". A freqüência é uma sessão por semana. As "situações –problema" são trabalhadas através de clarificações e uso de interpretações, tendo por base as conjecturas psicodinâmicas, que ajudam o paciente a compreender as razões inconscientes de seu comportamento pregresso e atual. Se a conjectura psicodinâmica é plausível e corresponde a um aspecto inferido corretamente, geralmente provoca novas associações e ressonâncias de significado emocional que ajudam na compreensão de como se deram as soluções pouco ou pouquíssimo adequadas, estimulando a procura de soluções mais eficazes.

A atividade do psicoterapeuta é sempre diretiva, evitando-se as associações livres prolongadas que tornariam o trabalho um arremedo da psicoterapia psicanalítica. Conforme as circunstâncias são usados recursos suportivos, como, por exemplo, sugestão, reasseguramento, orientação e catarse. Deve-se permanecer atento para evitar ou contornar a transferência negativa, e, com atitudes afáveis e respeitosas, estimular-se a transferência positiva da qual se retira a possibilidade de colaboração e confiança do paciente (SIMON,2005).

Ilustraremos as questões teóricas, descrevendo, através de um caso clínico, os critérios descritos acima.

Caso Clínico

Dados do Paciente

Carlos é um senhor de 72 anos, casado, com três filhos adultos e que se aposentou há vários anos.

Queixa

O paciente veio acompanhado da esposa, que ficou aguardando na sala de espera. Começou contando que estava com um problema que, segundo ele, era gravíssimo. Estava casado há quarenta e cinco anos e que durante quarenta anos viveram muito bem, mas que, de cinco anos para cá, não estavam mais se entendendo, pois se agrediam com palavras e as “palavras doíam muito”. E que a esposa dizia coisas horríveis a seu respeito como se ele fosse um monstro.

Contou que seus três filhos estavam casados e com a família formada – e, segundo o paciente, “realizada” – e que não sabia mais o que fazer para melhorar a situação em casa, pois, principalmente de um ano para cá “o bicho pegou” (sic) . Contou, também, que acreditava que tudo havia começado devido à separação de uma filha que morava em outra casa, mas no mesmo terreno em que moravam o paciente e sua esposa

Relata que quando conheceu a esposa ela era noiva de outro rapaz e teve que conquistá-la, e só depois se casaram. E que, ultimamente, ela dizia que teria sido bem mais feliz se houvesse casado com o outro, mas que ele, o marido, havia feito um complô, um plano diabólico, para casar-se com ela. O paciente disse que, depois, veio a descobrir que esse antigo namorado não valia nada, pois até tivera uma filha com outra mulher.

Relatou, também, que a esposa dizia coisas que ele jamais teria dito, como, por exemplo: que ele queria que ela fosse embora, e que, se isso não ocorresse, ele teria de ir; que ele tinha um caso extra-conjugal, o que ele negava firmemente; e, mais ainda, ela dizia que ele a mal tratava xingando-a de “velha pelancuda que não servia para nada”.

Ele confessou que achava que ela não estava bem e que precisava de muita ajuda, e que, por isso, ele viera para ver se era possível ela obter algum tipo de ajuda nessa clínica. Confessou ainda que, antes, sentia raiva dela, mas, agora, sentia pena. Contou também que situação melhorara um pouco, porque ele não entrava mais nas brigas, deixando-a falar sozinha. O tempo todo ele reiterou que não tem dito para a esposa aquilo de que ela o acusa, e que, no dia em que falou com a responsável pela “triagem”, ficou sem liberdade de dizer que era invenção da esposa tudo o que ela havia dito, mas achava que era ela quem deveria ser atendida pela psicóloga, mas, como na última hora ela desistiu, foi ele quem, ao final, pegou a vaga, mas insistia no ponto de vista de que era ela que precisa mais que ele.

Historia pregressa

Senhor Carlos contou que veio da Bahia ainda jovem, com 18 anos. Vinha de uma família de quinze irmãos, dos quais oito eram irmãos de pai e mãe e sete só por parte do pai. Contou também que, quando sua mãe faleceu, era apenas uma criança e que o pai o ensinou a trabalhar muito, desde muito cedo ate a noite.

Comentou que o relacionamento com a madrastra fora bom, mas que, quando ele fez 18 anos, ela quis que ele fosse embora cuidar da vida. Ele ficou muito sentido com essa atitude, um pouco perdido, mas depois resolveu vir tentar a vida em São Paulo, para onde depois vieram os outros irmãos. Contou que, após algum tempo, ele voltou à Bahia para casar-se com a esposa, que já conhecia desde o dia em que nasceu, pois eram primos, e que ele era quatro anos mais velho do que ela. Relatou que a vida para eles sempre foi dura, pois construíram tudo com muito esforço e sacrifício e que nenhum dos dois teve possibilidade de estudar, embora seus filhos – o que conta com orgulho - estivessem todos formados.

Relatou que em São Paulo fez sua vida, trabalhando em várias atividades, pois foi feirante, comerciante e, inclusive, ajudou a esposa nas costuras, e que, juntos, sempre conseguiram se virar. Acrescentou que, agora, que estava aposentado e,

juntos, poderiam desfrutar o que plantaram, começaram as brigas, e que não era isso o que ele esperou. Achava que a esposa e os filhos foram compreensivos, pois teve que se aposentar cedo – há uns quinze anos -, por causa de um problema de saúde, mas sempre contou com o apoio de todos da família e que, desde então, ajuda à esposa nos serviços de casa e nas costuras.

Indagado sobre a vida sexual do casal, diz que até agora fora muito boa, mas que, com tanta briga, não havia mais clima para o amor. “Aonde tem briga não tem amor” (sic).

No momento não esta boa a vida sexual, mas sempre foram muito ativos e esta tendo uma grande mudança que relaciona com problemas de saúde e com a velhice também.

Considerações psicodinâmicas

Senhor Carlos parece muito assustado com as dificuldades apresentadas pela esposa e se recusa a admitir que está recebendo atendimento porque também tem dificuldades. Ele idealiza uma situação familiar onde reina harmonia total e, ao constatar que essa não é a realidade que vivencia em sua casa, fica intolerante com as brigas e com o fato de se sentir frustrado.

Quando é indagado sobre sua situação atual de aposentado, parece não identificar nada que o incomode. Diz que se ocupa com as tarefas domésticas, faz reparos na casa e ajuda à esposa no trabalho do dia a dia. Em virtude de sua educação machista (se gaba da virilidade e da potência sexual, exagerando seu desempenho), notamos a dificuldade que o paciente apresenta em lidar com as mudanças em sua própria sexualidade advindas do envelhecimento.

Notamos que ele se sente diminuído, desvalorizado e com medo de ser deixado e julgado pela esposa, e talvez seja essa a razão das muitas projeções que faz sobre ela, o que dificulta seu contato consigo mesmo.

Ele disse, em um primeiro momento, que ela teve vários problemas com a menopausa, como secura vaginal, o que tornava a relação sexual dolorosa para ela. Em um segundo momento, ele comentou ter sido ela quem primeiro ficou sexualmente impotente. A impressão que causa esses comentários é que, embora ele se esforce para parecer que aceita normalmente as frustrações decorrentes das mudanças ocorridas na vida sexual de ambos, a exposição dos motivos parece ser fruto de racionalização, porque, ao mesmo tempo, ele dá a impressão de que se sente aliviado

ao responsabilizá-la sobre o desconforto advindo dessa relação sexual pouco prazerosa.

Ao ser questionado se já teve outra mulher ou se tem nesse momento, ele diz que não, e, mais ainda, que o incomoda muito saber que ela suspeita que ele mantenha uma relação extra-conjugal.

Ele entremeia essas informações com comentários sobre o trabalho, como, por exemplo, de que desconfia que atrapalharia o serviço da esposa se executasse outras tarefas, o que também o impediria de ajudá-la nos serviços domésticos, o que já faz há muito tempo. E que, no começo, foi difícil, e que, se alguém olhasse para essas condições que ele vivencia, poderia achar que ele vivia uma vida folgada, mas que não era bem assim porque ele não parava um único minuto, pois lavava, passava e cuidava também da limpeza da casa.

Outro comentário que ele fez é que não consegue se abrir com sua esposa e admitir suas dificuldades em vivenciar as mudanças pelas quais tem passado, pois, as poucas vezes em que tentou fazer isso, a esposa sentiu-se ameaçada e amedrontada com a possibilidade de ele a abandonar, tendo aumentado as fantasias dela a respeito da possibilidade de ele ter outra mulher e de que ele a desvalorizava sexualmente. Ele enfrentou dificuldades também quando abordou essa questão com a terapeuta, as quais apareceram nas projeções maciças de identificação projetiva manifestadas, em cujo contexto é a esposa que personifica a condição de delirante enquanto ele sai ileso do conflito.

Compreensão dinâmica adaptativa. Dados relevantes de cada setor adaptativo (A-R e PR)

Concluiu-se que no setor A-R o paciente encontra-se pouco adequado (2pts), pois, apesar de está casado há muitos anos e demonstrar que sente amor pela esposa, sempre enalteceu sua virilidade e potência sexual, mas que, agora, com o envelhecimento já não esta mantendo o mesmo desempenho e isso o afeta como igualmente seu relacionamento afetivo e sexual com a esposa, o que causa conflitos para ele e para a esposa.

Concluiu-se, também, que no setor da PR ele também se encontra pouco adequado (1pto), porque, apesar de não ter manifestado explicitamente que vivencia conflitos nessa área, com alguma dificuldade demonstrou sua insatisfação com os

ganhos financeiros que obtém e com a situação de dependência que tem em relação à esposa nessa área.

No que diz respeito às condições em que se mantém sua vida sexual, acredita-se que elas são causadas pelo envelhecimento natural, e não sejam conseqüências de doenças. Entretanto, essa percepção não pôde ser confirmada, em virtude da demora do paciente em buscar orientação médica especializada. Concluiu-se, com base nesses dados, que o setor OR (envelhecimento trazendo mudanças hormonais e fisiológicas) repercute na área A-R. No setor S-C, o paciente apresenta adequação, pois mantém bom relacionamento familiar com os vizinhos e também com a família, que é extensa. Dessa forma, de acordo com a classificação da EDAO, a situação vivida pelo Senhor Carlos enquadra-se no Grupo 3, como adaptação ineficaz moderada apresentando alguns sintomas neuróticos.

2.1- Configuração da situação problema e inicio das sessões

Concluiu-se que a "situação-problema" localiza-se no setor OR (envelhecimento trazendo mudanças hormonais e fisiológicas), que, por sua vez, repercute na área A-R, precisamente em seu relacionamento um pouco tumultuado com a esposa, embora a ênfase maior tenha recaído sobre a vida sexual do casal e as mudanças recentes vivenciadas nesse âmbito.

Ao se expor para ele a impressão de que a causa das brigas havidas entre o casal se relacionavam com as mudanças vivenciadas na sexualidade de ambos, o que se refletia no relacionamento sexual, o paciente confirmou essa percepção. No entanto, acrescentou que só não sabia dizer se as brigas acarretaram as mudanças sexuais ou se as mudanças na vida sexual constituíam a causa das brigas. Nesse contexto, a terapeuta comentou que, ao longo do trabalho, essa situação se esclareceria melhor e que seria muito importante que ele falasse sobre os seus problemas tão-somente, porque a terapeuta não poderia ajudar a sua esposa, uma vez que era ele que estava sendo atendido. E a hipótese da terapeuta é que, por projetar na esposa seus problemas, ele não estava podendo entrar em contato com o seu declínio sexual, com o seu processso de envelhecimento e, conseqüentemente, com sua baixa-estima e o medo de ser rejeitado – pois a alternativa que ele coloca de terem sido as brigas a

causa do afastamento sexual confirma a hipótese de que ele encontra em si mesmo muita resistência para lidar com as mudanças e o declínio de sua potência sexual.

Ele me questiona o número de sessões, ou seja, se realmente ele precisaria ter mais doze sessões, e a terapeuta afirmou que, em princípio, sim, e que, se ambos percebessem que os problemas estavam sendo solucionados, o atendimento se interromperia antes de se completarem as doze sessões. Ele parece aquiescer com esse ponto de vista.

Interrupção

Depois de cinco entrevistas, indagado sobre o motivo da sua busca por ajuda, já que ele insistia em dizer que era a esposa quem tinha problemas, ele resolve interromper o atendimento, até que a esposa começasse também a ser atendida, pois que o fato de só ele se tratar não colaboraria com a vida de ambos.

A terapeuta colocou-se à sua disposição quando retornasse, tão logo ele achasse necessário. Passado um mês, a terapeuta recebeu a ligação de uma filha do casal, Isabel, que, muito aflita, perguntou se ela poderia voltar a atender o seu pai. A terapeuta respondeu que sim, mas que dependeria dele procurá-la.

3-

4- RETORNO

No dia seguinte, o paciente entrou em contato e foram marcadas novas entrevistas. Quando ele apareceu, pareceu bastante disposto e comentou ter sido bom ter interrompido o atendimento, pois assim a esposa se mexeu e começou a fazer terapia e que as coisas pareciam estar melhorando. Comentou também que a esposa continuava acusando-o de ter feito afirmações que não condiziam com a verdade, pois ele nem se lembrava nem tinha certeza se dissera aquilo que ela falava, como, por exemplo, que a casa era dele e que ela deveria ir embora, uma vez que a casa pertencia a ambos. E afirmou que voltou ao atendimento mais pela pressão dos filhos e porque achava que, se viesse, a esposa levaria a sério sua terapia, e, quem sabe, se ambos fizessem as coisas poderiam de fato melhorar.

Ao fazer comentários sobre os ciúmes da esposa, retomei a questão da vida sexual do casal e investiguei como andava a relação de ambos, e, nesse contexto, levantei a hipótese de que, se ele estava procurando-a menos, esse fato talvez concorresse para as fantasias que ela tinha de que ele se relacionava com outra. Ele concordou com essa hipótese, pois comentou que, de fato, isso poderia estar acontecendo.

Senhor Carlos fez uma retrospectiva bastante emocionada de sua vida familiar e da relação do casal, pois, segundo ele, foram anos de trabalho e de muita luta. Relembrou um tempo em que era porteiro e ganhava comida muito boa dos condôminos e, quase chorando, disse que não tinha coragem de comer sozinho, que levava para a família e comia a refeição sem graça que trazia de casa. Indagado sobre o motivo que o levou a escolher morar aqui em São Paulo, ele respondeu que, nessa cidade, apesar do sofrimento, havia esperança.

Voltou a comentar que a esposa sempre foi uma lutadora e companheira e que ele gostaria muito de poder desfrutar da vida com ela nesse momento. Comentou, também, que estava preocupado com ela, pois achava que não estava bem, motivo por que, às vezes, deixava-a falar, e não a refutava, para não criar mais caso e confusão.

5- EVOLUÇÃO

Em seu retorno, conversando sobre seu envelhecimento de modo geral. Nessa oportunidade, o Senhor Carlos comentou que não se sentia mais como antes, quando tinha 20 ou 30 anos, e que o envelhecimento, embora fosse um processso normal, era bastante doloroso, pois se sentia mais sozinho e dependente dos filhos. Comentou também que os idosos são discriminados, por não terem mais força física nem capacidade para algumas atividades. A terapeuta interveio, comentando que, realmente, era fácil considerar natural o processso de envelhecimento do ponto de vista teórico, mas que a vivência na pele de algumas mudanças parecia não ter sido fácil para ele. Ele concordou e afirmou o seguinte: “Têm ganhos, também, e agente aprende e amadurece, mas não é fácil”.

Durante o processso terapêutico lhe foi mostrado que, provavelmente, ele temia não poder mais satisfazer a esposa sexualmente como antes, pois essa constatação poderia despertar-lhe o medo de ser rejeitado e de não ser mais querido. Depois de um breve tempo em que parecia considerar isso que foi dito, ele afirmou que tem

percebido que era fácil ver os defeitos nos outros, mas difícil vê-los em si mesmo, ou seja, reconhecer suas dificuldades.

De um modo esclarecedor, procurou-se mostrar que a vida sexual se incluía em um plano maior e que mudava como tudo o mais que ocorria na vida e se aconselhou que, se houvesse possibilidade, ele e a esposa poderiam ainda ter prazer na relação sexual, só que de outro modo. Mas que ele, talvez por ter sido sempre ativo, não aceitava ser solicitado e nem sequer falar com a esposa sobre essa mudança. Depois que ele demonstrou que concordava com o que acabara de ser dito, a terapeuta comentou que essa mudança de comportamento evidentemente não constituía um motivo para que ele se desvalorizasse para si mesmo. E a impressão que a terapeuta teve foi que, depois dessa conversa, ele ficou um pouco mais descontraído e, em uma sessão seguinte, no início da sessão ele comentou que tinha lembranças do tempo em que ambos voltaram para a Bahia e perderam tudo lá, tentando um novo comércio. Relembrou, também, o triste problema da seca e o quanto ele prejudicava os negócios e o comércio, fez comentários sobre as condições em que a atividade agrícola é realizada no sertão e falou também sobre pai – o duro trabalho que realizava com enxada - e dos irmãos.

Contou que sempre sonhava com a casa do bisavô e que, um dia, foi ver essa casa e ficou surpreso e aliviado em encontrá-la do mesmo jeito, inteira e bem cuidada, e que, desde esse dia, ele não sonhou mais com aquela casa. O modo como se expressou me deu a impressão de que falava dele mesmo, ou seja, da possibilidade de cuidar de sua própria vida e fazer reparações.

Ele demonstrou sentir muita dificuldade em reconhecer seus sentimentos e emoções e muitas vezes percebi que, para ele, eu deveria imaginar o que se passava em seu íntimo e colocar em palavras, principalmente suas percepções sobre os sentimentos de menos valia que seu declínio físico acarretava, o qual se acompanhava do medo de poder ser rejeitado pela esposa.

Durante o processso se mostrou receoso em falar do que sentia e dizia-se inapto e ignorante para falar dele mesmo, e que o mesmo acontecia quando estava com a esposa, pois temia ser mal compreendido e que aquilo que dissesse contribuísse para piorar a situação. A terapeuta tentou mostrar que, nesse momento como em outros, ele só poderia saber dele mesmo e se encorajar para expressar o que sentia, sem temer tanto as conseqüências.

Durante oito sessões subseqüentes, essa foi a linha de trabalho adotada e, percebia-se, a cada sessão, que o Senhor Carlos se sentia bem melhor. Dizia que as brigas haviam terminado, que ele estava mais compreensivo com a esposa e que ela também vinha-se esforçando por melhorar a vida de ambos. Declarou que se sentia grato pela ajuda recebida e, ao saber que seria contatado em três meses, demonstrou-se aliviado, pois teria um tempo para observar se as mudanças vieram mesmo para ficar.

Comentou, no final, que a filha queria telefonar para a terapeuta e agradecer, pois todos estavam aliviados. Novamente fez uma retrospectiva da vida, principalmente dos momentos difíceis, e comentou, mais uma vez, que esperava que ele e a esposa pudessem usufruir as conquistas que tinham conseguido, e que sempre teve otimismo e esperança. Fez comentários também sobre seus valores e o orgulho que sentia por ter formado os filhos em faculdade e de poder ter oferecido para os filhos condições que ele mesmo não teve oportunidade de ter.

Follow up

Após o intervalo de três meses, ao final de fevereiro, ele novamente compareceu, apresentou-se com aspecto bom e um pouco mais gordo. Comentou que as coisas estavam bem e em paz e esperava que continuasse assim e que os conflitos não voltassem mais, embora houvesse ficado algumas cicatrizes e que, realmente, não entendia como puderam desentender-se tanto depois de viverem em paz quarenta anos. Estranhava que esse desentendimento tivesse acontecido quando os filhos casaram e saíram de casa, ou seja, justamente no momento em que eles não tinham mais a responsabilidade com eles. Nesse momento a terapeuta interveio comentando que as mudanças aconteciam em todos os momentos da vida e que, talvez agora, com a casa vazia, eles se aproximaram mais um do outro e puderam perceber que várias coisas haviam mudado.

A terapeuta perguntou sobre a vida sexual e ele respondeu que estava difícil, pois ele estava com problemas na próstata e ela com uma inflamação, e era como se a vida sexual de ambos tivesse adormecido, mas que já havia marcado consulta com um urologista para aquela semana com o propósito de ver o que estava acontecendo e se dava para melhorar.

Nessa ocasião, a terapeuta fez uma breve retrospectiva do trabalho que ambos haviam realizado, após o que sugeri que talvez sua esposa estivesse se sentindo rejeitada, enquanto ele vivencia uma baixa-estima em decorrência da sua impossibilidade atual de ter uma vida sexual. Nesse contexto, ele reafirmou que iria ao médico para saber o que de fato acontecia e que, se ele se tornasse de fato impossibilitado de ter uma vida sexual, não mais se importaria. A terapeuta sugere que a relação sexual pode ocorrer de outras maneiras, e não rigorosamente na forma até então adotada, após o que ele disse que, se fosse moderno, jovem, estaria arrasado, mas que se via com condições de aceitar essa mudança. Comentou, também, nessa oportunidade, que a esposa continuava fazendo terapia.

Foram feitos comentários sobre as diferenças entre as pessoas e a dificuldade em se conviver com elas, após o que ele comentou que, desde sempre ele e a esposa eram diferentes um do outro, pois ele era homem e ela, mulher, mas que isso não deveria ser motivo de brigas. Comentou, também, que continua fazendo o serviço da casa, ajudando à esposa, a quem só tinha de agradecer, e lembrou que, já há vinte anos, teve de parar de trabalhar pelo problema de coluna, e que ela sempre foi solidária com ele. Relatou, ainda, que estava pensando em montar uma loja para se distrair e se ocupar, mas precisava juntar certo capital, primeiro, porque havia gastado muito com um tratamento dentário.

Agradeceu, novamente, e declarou que reconhecia que o trabalho feito foi uma grande ajuda, mas achava que, nesse momento, não precisava mais.

Considerações

Para compreender a problemática da sexualidade nos adultos maduros e idosos, é preciso levar em conta os fatores básicos que afetam o comportamento e a resposta sexual em qualquer idade, e que um deles é a saúde física, que pode reduzir ou impedir o interesse pela sexualidade em qualquer idade. É necessário saber que existem evidências comprovadas de que o equipamento sexual raramente se deteriora com o envelhecimento normal, de modo a impedir que os idosos permaneçam sexualmente ativos enquanto tiverem saúde.

Sabe-se, hoje em dia, que a capacidade de fazer sexo não se perde com a idade, apenas ela diminui lentamente, como igualmente acontece com outras

capacidades físicas e mentais. Não se pode esquecer de que as múltiplas possibilidades de expressão da sexualidade se fazem mais presente nesse período da vida, porque, sem as pressões biológicas da procriação e do bombardeio dos hormônios, o idoso pode sentir-se mais livre para incluir outras possibilidades.

O esclarecimento dessas questões fez com que o Sr. Carlos sentisse grande alívio. E essa compreensão só foi possível ser alcançada através dos resultados obtidos após as entrevistas e classificação pela EDAO, pois, com a definição da situação-problema, que estava ligada ao setor Orgânico (o envelhecimento trazendo mudanças hormonais e fisiológicas afetando o prazer e desempenho sexual) se tornou possível planejar uma estratégia de intervenção breve, em meio à qual o paciente passou a demonstrar maior consciência de suas dificuldades ligadas ao envelhecimento e as mudanças fisiológicas e a necessidade de se cuidar e se valorizar e, consequentemente, diminuir o alcance das projeções e da desconfiança que sentia em relação à esposa. Com esse movimento interno, ele demonstrou ter alcançando uma adaptação mais eficaz a esse momento de sua vida. Considerando esse resultado, reforça-se a idéia de que a EDAO é um instrumento eficaz para o diagnostico e de que a PBO pode contribuir significativamente na busca de soluções mais adequadas para a “situação-problema” diagnosticada.

REFERÊNCIA

SIMON, R. *Psicologia Clínica Preventiva*. S. Paulo: Novos Fundamentos. EPU,1989.

_____ *Psicoterapia Breve Operacionalizada*. Teoria e Técnica. S. Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____ Do “diagnóstico à psicoterapia breve”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio. 45(7): 403-408,1996.

PSICOTERAPIA BREVE DE IDOSOS: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO NA DELIMITAÇÃO DO FOCO

Lídia Rodrigues Schwarz
Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

A pesquisa a respeito da psicologia do envelhecimento tem se tornado cada dia mais necessária em função do aumento na expectativa de vida, decorrente da melhoria das condições de vida e de assistência médica.

OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é mostrar como as entrevistas diagnósticas e os instrumentos psicológicos são importantes na investigação clínica da personalidade do idoso e na definição do foco a ser trabalhado na psicoterapia breve.

MÉTODO: É um estudo qualitativo, embasado no método clínico. No caso clínico estudado utilizamos especificamente o D-E (Procedimento Desenho Estória), considerado um meio auxiliar de ampliação do conhecimento da dinâmica psíquica no diagnóstico psicológico. Após quatro entrevistas diagnósticas utilizou-se o D-E em uma idosa.

CASO CLÍNICO: A paciente tem 63 anos é separada, nissei, tem três filhos homens que moram no Japão, é transplantada renal há nove anos e passa o maior tempo na casa de uma irmã. Sua queixa refere-se ao seu sofrimento pela separação, após um casamento de 33 anos.

RESULTADOS: A análise do material revelou que a paciente, embora manifeste um humor depresssivo, apresenta indicadores de bons recursos egóicos e de integração do *Self,* relações intrafamiliares positivas e capacidade limitada de troca afetiva com seus entes queridos. Apesar da dificuldade para expressar suas emoções, tanto as positivas como as negativas, observaram-se indícios de recursos internos para manifestá-las de forma mais espontânea. Considerando esses resultados conjuntamente com a análise das entrevistas pudemos constatar que ela teria boas condições para um processso

breve, e pudemos eleger como foco a sua manifestação emocional, ponto este que, mais desenvolvido, a ajudaria a superar suas dificuldades emocionais relativas à sua separação. Durante o tratamento, que consistiu em 12 sessões individuais, a paciente gradativamente começou a apresentar um humor mais estável, iniciativa para iniciar alguns projetos pessoais, como aulas de crochê e hidroginástica, e expressar com mais facilidade suas emoções. Após a finalização do processso, foi realizada uma sessão de *follow-up* em que constatamos a manutenção dessas condições psíquicas satisfatórias.

REFERÊNCIAS

HAMILTON, I.S. (2002). *A PSICOLOGIA DO ENVELHECIMENTO*. PORTO ALEGRE: ARTMED.

Malan, D. (1976/1981). *As fronteiras da psicoterapia breve*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Trinca, W. (1997). *Formas de investigação clínica em psicologia*. São Paulo: Vetor.

CRISE DA MEIA IDADE FEMININA – RAINHA OU BRUXA?

Eliana Siqueira

Considerações de Magaldi Filho

A mulher, bem diferente dos homens, devido sua estrutura ginecológica e hormonal, é acometida por dois momentos significativos de iniciação, que deveriam remetê-la a vivencia dos antigos rituais de passagens. Aliás, creio que a sociedade contemporânea está, cada vez mais, desacralizada e distante dos ritmos e ritos que serviam para marcar os momentos de início e, conseqüentemente, de término de determinadas e importantes fases da vida. O primeiro momento é a crise que estabelece a passagem da menina para a adolescente, que acontece na menarca ou primeira menstruação, que ocorre, em média, dois anos após os primeiros sinais da puberdade. O segundo momento, após a menacme, que é o período onde a mulher permanece fértil, é o da menopausa, caracterizado pela última menstruação, passando pelo período do climatério que pontua a transição do fim da sua fase reprodutiva.

Por volta dos 45 anos de idade, acontecem muitas transformações, transições e crises na vida da maioria das pessoas, principalmente por conta da metanóia, época em que ocorrem transformações fundamentais no pensamento e no caráter dos indivíduos, devido às novas demandas e pela busca de novo sentido e significado existencial. No caso das mulheres, outros aspectos somam-se às mudanças hormonais e corporais, incluindo transformações da estrutura familiar, com a saída dos filhos, e desejos de se sentirem produtivas, pertencentes, entre outras demandas. A conseqüência desse momento, quando não existe uma atitude consciente e diligente diante desta crise, é o surgimento de uma infinidade de transtornos e queixas físicas, psíquicas e afetivas presentes nos consultórios dos profissionais de saúde, acompanhadas de excessos comportamentais envolvendo temáticas com vários tipos de dependências, abusos ou compulsões, depressões e muitos transtornos ginecológicos.

É importante deixamos claro que toda crise pode ser uma oportunidade. Ou seja, dependendo da maneira que a pessoa enfrentar a mudança surgirá resultados muito

distintos, dos mais positivos até os mais negativos, construtivos ou destrutivos, prazerosos ou dolorosos. Enfim, os resultados dependerão do estado de consciência e de autoconhecimento de cada pessoa. É neste sentido que as mulheres, na crise da meia idade, podem escolher conscientemente se irão assumir, em suas novas personalidades, mais aspectos da imagem arquetípica da bruxa ou da rainha. A bruxa tem um perfil de personalidade histriônica, impaciente, ressecada e rígida, com desejos de vingança e poder, devido seus sentimentos de exclusão e de infertilidade. A rainha, por sua vez, exercerá sua autonomia com liberdade e criatividade, pois ela sabe que pode reinar e gerir livremente a sua vida, principalmente agora que se libertou das regras ou dos incômodos menstruais.

Porém, para que a mulher da meia idade assuma sua dimensão rainha, ela não pode ficar identificada exclusivamente com as imagens arquetípicas das deusas Hera, Demeter ou Perséfone, respectivamente representadas pela: esposa, mãe ou filha – atribuições unilaterais ainda impostas pela nossa atual sociedade patriarcal, patrimonialista e machista. Da mesma forma, não pode negar ou contrapor essas funções, indo para o extremo oposto, ficando desfeminilizada, assumindo características mais competitivas, testosteronicas e masculinas. Porém, infelizmente, o que mais notamos é que a maioria das mulheres acaba ficando aprisionada em um conjunto de papeis, empobrecendo suas vidas e sofrendo o ressecamento de toda sua potencialidade integrativa e criativa. Com isso, desenvolvem uma infinidade de sintomas de adoecimento que, para serem curados, necessitam de uma integração de cuidados que vão desde as intervenções, químicas ou cirúrgicas, até um profundo processo de autoconhecimento. Só assim elas poderão, conscientemente, assumirem seus papeis de rainhas, transcendendo evolutivamente a crise da meia idade, reconhecendo que a bruxa, geralmente, é a fada que foi ou se sentiu excluída de algum contexto existencial. Concluo deixando explícito que toda mulher, na sua essência imanente, deseja liberdade e autonomia para estabelecer seus vínculos e até sua maternagem, que pode ser exercida em qualquer situação, independente da filiação biológica ou adotiva, pois o potencial materno e criativo é preponderantemente feminino.

WALDEMAR MAGALDI FILHO (www.waldemarmagaldi.com) é psicólogo, especialista em Psicologia Junguiana, Psicossomática e Homeopatia. É mestre e doutor em Ciências da Religião. Autor do livro: “Dinheiro, Saúde e Sagrado”. Por ter atuado tanto no meio corporativo de empresas multinacionais

quanto no comércio varejista, tem uma vasta experiência nas demandas do mercado econômico. Atualmente, atende clientes em seu consultório, apresenta palestras em empresas, coordena e ministra aulas nos cursos de especialização em Psicologia Junguiana; Psicossomática; e Dependências, Abusos e Compulsões da FACIS - Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo (www.facis.edu.br). Em Salvador ministra aulas regularmente nos cursos do IJBA – Instituto Junguiano da Bahia (www.ijba.com.br).

Email: wmagaldi@gmail.com

NÚCLEO DE FAMÍLIA/CASAL: PROPOSTAS DE ATENDIMENTO EM MODELO DINÂMICO – SISTÊMICO – INTEGRATIVO

APOIAR-USP

Cíntia Soares

Marcelo Labaki Agostinho

Sílvia C. S. Karacristo

Sônia Nukui

Leila S.L.C. Tardivo

INTRODUÇÃO

A família, independente de como é formada ou organizada, é um espaço onde as primeiras relações são construídas, onde o individuo começa a ver e significar o mundo e é lugar onde elaboramos as experiências vividas. Além disso,quando consideramos a família, temos como prioridade um universo de relações e não uma soma de indivíduos.

Os atendimentos à (acho que tem crase) família e ao casal que o núcleo de atendimento do Apoiar propõe-se a fazer incluem:

1) Abordagens Sistêmica e Psicanalítica;

2) Desenvolver pesquisas pensando um projeto que esteja de acordo com as diretrizes do Laboratório Apoiar;

3) Discussão de casos;

4) Criar condições favoráveis em atendimento breve, levando em consideração a demanda da Instituição;

5) Equipe de tratamento preferencialmente em co-terapia.

6) A frequência dos atendimentos pode ser semanal ou quinzenal, dependendo do foco de tratamento;

7) O tempo de psicoterapia pode variar de 6 meses a um ano, considerando a abordagem utilizada. Há a possibilidade de atendimento domiciliar, quando necessário para a família e disponibilidade do terapeuta para tal;

8) O momento de considerar o término de atendimento é quando a vida da família se torna mais agradável, aceitando os problemas da vida cotidiana de forma mais normal.

9) Muitas vezes, há a possibilidade de encaminhar um ou mais pacientes para atendimento individual, ou seja, a psicoterapia familiar não exclui o atendimento individual e vice-versa.

Dificilmente a família procura atendimento, mas muitas vezes é levada por um de seus membros, geralmente o paciente identificado (será que é isso ou a família leva o paciente identificado para tratamento, sem considerar que as dificuldades podem ser de todos?). Cabe ao profissional da equipe sensibilizar e perceber o pedido de ajuda.

Hoje em dia existe uma tendência a uma integração entre Psicanálise e Teoria Sistêmica. Deve haver uma coerência e consistência na junção das abordagens teóricas, para garantir uma clínica eficaz.

Em Psicanálise abordamos os conceitos de relação objetal, identificação projetiva, transferência e contratransferência, defesas, resistências, entre outros.

Em Terapia Sistêmica, a família deve ser vista não como uma somatória de pessoas, mas sim como pessoas que compõem um sistema, onde cada um é influenciado pelos demais, de forma recíproca. Além da família, o modelo Dinâmico-Sistêmico-Integrativo de Terapia Familiar considera a natureza humana nos seus aspectos biológico, social, pessoal e espiritual.

DESENVOLVIMENTO E FAMÍLIA

Segundo Lévi Strauss (1985), os membros de uma família estão unidos entre si por laços jurídicos, direitos e obrigações de ordem econômica, religiosa e outras, uma rede precisa de direitos e proibições e um conjunto variável e diversificado de sentimentos, tais como amor, respeito, temos, etc.

Pensando em uma postura bioniana da família, podemos considerá-la como responsável pela instauração do psiquismo, matriz para a capacidade de pensar.

Freud (1921), em Totem e Tabu, Análise do Ego e Psicologia das Massa, já tentava fazer uma ponte entre a psicologia individual e grupal.

Temos ainda grandes contribuicões psicanalíticas, principalmente de Winnicott (1974) onde o comportamento do ambiente é parte do desenvolvimento pessoal de cada indivíduo e para quem a criança cria o ambiente, assim como o ambiente cria a criança.

Pensando em uma questão familiar versus individual, a prioridade em psicoterapia familiar é sempre uma questão da dinâmica vincular e não no sintoma individual.

Sabemos que a vida de um individuo não é sempre um processso interno, pois mudanças numa estrutura familiar contribuem para mudanças no comportamento e nos processsos psíquicos internos dos membros desse sistema.

A família se transforma através do tempo, tem uma estrutura que pode ser observada somente em movimento; adapta-se ao stress de uma maneira que mantenha a sua continuidade, embora tornando possível a sua reestruturação

Há uma dinâmica permanente de alternância entre o individual e o grupo, família externa e família internalizada, repetição e o novo, história, e o aqui e agora, intra e interpsíquico.

As características mais comuns ao atendimento com famílias envolvem os ciclos de vida, onde muitas vezes podem ocorrer impedimentos que nem sempre são patológicos, mas se necessários podem ser tratados. Dentre os ciclos de vida familiar, incluem-se: o jovem casal; famílias com filhos pequenos; famílias com adolescentes; lançando os filhos e seguindo em frente; famílias no estágio tardio de vida; família de minoria etc. Além de alguns momentos de transições que podem aparecer impedimentos no desenvolvimento da família, tais como: doença crônica e famíliar; transtornos alimentares principalmente bulimia e anorexia; dependentes de drogas; morte e luto familiar; fobia escolar, pacientes psiquiátricos e família, divórcio e recasamento.

TRATANDO A FAMÍLIA

O terapeuta se une à família, com o objetivo de transformar a organização familiar de tal maneira que as experiências dos membros da família se modifiquem.

No atendimento à família podemos usar de uma concepção psicanalítica com toda riqueza que esta oferece na compreensão dos assuntos psíquicos, até orientação, apoio e educação.

Podemos trabalhar com as fronteiras familiares: fronteiras rígidas (família desligada), fronteiras difusas (família emaranhada) até poder chegar em fronteiras 'normais', seguindo o modelo de Terapia Estrutural de Minuchin (1982).

As famílias são notoriamente resistentes às mudanças. Além das resistências combinadas dos membros individuais, o próprio sistema resiste à mudança. A resistência pode ser motivada por defesas conscientes, mas pode haver resistências conscientes e interacionais. Assim o terapeuta tenta evoluir junto á família usando de sua visão binocular e compreendendo a sessão por meio de sua funçao de *réverie.*

O analista trata a família de modo a expandir o espaço para pensar os próprios estados afetivos e desenvolvendo a capacidade para conter e lidar com a dor e com a frustração de seus membros, respondendo criativamente e aprendendo com a experiência, conforme a teoria bioniana.

Ao avaliar a interação famíliar, o terapeuta considera: a estrutura famíliar, seus padrões transacionais, a flexibilidade do sistema e sua capacidade para elaboração; a ressonância da família em acolher a dar apoio entre os membros; explorar a maneira que afamília utiliza os sintomas do paciente identificado para resistir ás mudanças.

Podemos tratar famílias utilizando Mapa Familiar, Genograma, Escalas diagnósticas, procedimentos projetivos gráficos (DF-E, W. Trinca) e ainda incluir escola e professores quando necessário, trabalhando assim com sistemas mais amplos.

A necessidade de confrontar com as mentiras, segredos, alianças, coalizões, exclusões, removendo culpas, aceitando sentimentos ambíguos, tendo a flexibilidade e tolerância para aceitar as incertezas, visando a resolução ou transformação do sistema familiar, vai depender dos objetivos combinados, desde que promovam mudanças duradouras, sendo que a ação e o insight são os principais veículos do trabalho.

A disfunção na família geralmente ocorre na passagem frustrada do predomínio da família de origem para a família nuclear e as dificuldades são no nível da elaboração de ansiedades de castração, separação, perdas e lutos.

O terapeuta deve promover uma experiência junto à família, onde haja espaço para trabalhar os significados do que estão vivendo, a individuação de seus membros, mitos, metáforas, segredos, comunicação entre os membros e ampliação das fronteiras.

ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Ilustraremos, agora, com uma situação clínica, para apresentarmos uma experiência de como, a partir da(s) entrevista(s) inicial(is), sejam elas feitas apenas com um dos membros da família ou com toda a família, pode-se realizar o encaminhamento para atendimento familiar.[28]

Caso da Família Fortes[29]

Componentes:

Clara (mãe – 62 anos) e Wagner (pai – 71 anos)

Filhos: João (40 anos); Alice (39 anos); Breno (33 anos) e Gabriel (26 anos).

O filho Gabriel (26 anos) nunca compareceu a nenhuma entrevista. De acordo com a família, ele trabalha o dia todo (é o único dos filhos que trabalha, com exceção da Alice, mas ela não reside com os pais) e estuda à noite. Diz que não pode nunca faltar ao trabalho ou à faculdade para participar do atendimento. Parece se colocar fora da família.

O primeiro contato com a família Fortes foi realizado com a filha Alice que buscou atendimento na Clínica Psicológica Dr Durval Marcondes, do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP, junto com a sua mãe, Clara, que também foi atendida, nesta mesma data, por outra psicóloga do serviço. Durante toda a entrevista com Alice eu não sabia que a sua mãe também havia procurado a Clínica e que estava sendo entrevistada.

[28] Atendimento e relato do caso realizados por Marcelo Lábaki Agostinho.

[29] Observaçao: todos os nomes são fictícios.

Alice diz que busca atendimento pelo seguinte motivo: seu irmão Breno é dependente químico desde os 15 anos (usuário de crack), mas está em processso de recuperação, sem usar drogas há 50 dias. Alice relata que, na última crise que o irmão teve, ele ficou agressivo. Assim, sua mãe (Clara) e ele pediram a sua ajuda (Alice é casada, tem três filhos e não reside mais com a mãe, pais e irmãos. Ela é a única filha e a única casada). Alice diz que os homens da casa (ou seja, seus irmãos e seus pais) não ajudam, pois acham que não há mais nada a fazer.

No Pronto Socorro, seu irmão quebrou tudo, pois o atendimento estava demorando. Alice diz que tentou segurá-lo, mas não conseguia, pois ele estava muito agressivo. Alice pediu ajuda, mas ninguém a ajudou. Assim, acabou soltando-o e ele quebrou o Pronto Socorro. Depois disto ele foi contido e só então o médico lhe deu um "sossega leão". O médico queria mandá-lo embora, mas Alice diz que bateu o pé, exigindo uma internação. Ele foi levado, a seguir, para uma clínica em outra cidade, de ambulância, junto com a mãe. Alice diz que não conseguia dirigir, então teve que ficar aguardando a mãe voltar. Explica que sentiu pânico e muita tristeza, junto com um sentimento de impotência, pensando por que deixou a situação chegar neste ponto. Questionava-se, também, por que não é rica para poder levá-lo a um serviço particular. Conta que esta foi a 8ª internação do seu irmão.

Desde este episódio, Alice diz que está sentindo pânico. Diz que após 15 dias seu irmão saiu da Clínica e voltou para a casa da mãe (ele mora com a mãe, o pai e dois irmãos). Assim que seu irmão chegou em casa, já foi para a rua usar crack. Clara pediu ajuda novamente, Alice se negou a ajudar, mas, ao desligar o telefone, ficou em pânico, sentindo-se culpada. Explica que neste dia em que ela não ajudou a mãe os irmãos amarraram o Breno na cama e ele voltou a ser internado depois disto.

Para ele ser internado, porém, a mãe voltou a ligar para ela. Desta vez Alice conseguiu uma situação mais negociada com pelo menos um dos irmãos (o irmão caçula), pois o outro é depresssivo e não trabalha. Tiveram que pagar uma ambulância e levaram o Breno para um Hospital. Desta vez, o seu irmão ficou mais 15 dias internado e depois foi transferido de hospital, sendo que, para fazer esta transferência, quem o levou para o hospital, de carro, foi o marido e o irmão mais novo de Alice. Ela explica que, desta vez, seu irmão ficou um mês internado. Ao sair da internação, disseram que este tempo foi suficiente apenas para fazer uma desintoxicação.

Alice fala que, mesmo tendo sido ajudada pelo seu marido e seu irmão na segunda e terceira internações do seu irmão, nada disto adiantou, pois ela se lembra

todo o dia da cena do hospital. Acha que nada vai dar certo, mas diz que, no final, o seu próprio irmão que usa drogas a esta ajudando, pois a está tranqüilizando, afirmando que não mais usará drogas.

Alice diz que não consegue controlar tudo o que passou, mas acha que isto é uma soma de muitos anos. Fala que seus irmãos acham que a mãe, por ser autoritária, ansiosa e dominadora, acabou com a vida deles. Os irmãos acham, de acordo com o relato da Alice, que é a mãe quem precisa de tratamento. Neste momento, pela primeira vez, ela diz que a sua mãe e seu irmão (Breno) vieram com ela até a Clínica hoje, mas pediram atendimento apenas para ela e a mãe. Eles acham que se ela e a mãe conseguirem tratamento, tudo vai se resolver.

Durante o relato da Alice, principalmente no final da entrevista, quando ela diz que a mãe também veio para consulta e que os irmãos acham que ela e a mãe precisam se tratar, comecei a considerar se não seria o caso de se pensar em um trabalho familiar.

Falo sobre isso com ela. Alice responde que já pensaram nisto, pois, em algumas situações em que a família toda se reúne, todos falam que todos precisam de tratamento. Nestes momentos, eles se perguntam se não precisam de terapia familiar.

Seguimento:

Uma semana após Clara e sua filha Alice terem comparecido à Clínica, os dois outros filhos de Clara comparecem à Clínica, no dia de inscrição, solicitando atendimento para eles. Não realizei, porém, entrevistas individuais com os dois. Conversei com ambos, ao mesmo tempo, explicando a minha idéia, a partir da entrevista que realizara com Alice na semana anterior, de realizar uma entrevista familiar, pois me parecia que havia uma dificuldade familiar e um pedido de ajuda para poderem conversar sobre isso. Os dois se mostraram, a meu ver, um pouco desconfiados, mas aceitaram a idéia.

Na verdade, o que propus, foram algumas entrevistas familiares (não defini, a princípio, o número delas), para podermos investigar melhor o que estava acontecendo. Destaquei que, após estas entrevistas, poderíamos até mesmo considerar que o atendimento seria individual para todos, excluindo um atendimento familiar; ou seria apenas um atendimento familiar; ou atendimentos individuais concomitantes ao atendimento familiar.

Outro aspecto que me chamou a atenção no encontro com os dois é que Alice havia me falado que um dos irmãos sofria de depresssão e o outro era drogado. Tentei

“adivinhar” qual deles era o deprimido e qual era o dependente químico. Para minha surpresa, pensei que o Breno era o depresssivo e que o João era o usuário de drogas, mas, na verdade, era justamente o contrário. A meu ver, esta percepção equivocada pode indicar uma atribuição de papéis da família sobre cada um dos seus membros: assim, um membro é visto como drogado e o outro é visto como deprimido, mas, para quem está de fora, esta atribuição não fica tão evidente.

Enfim, a primeira entrevista familiar foi marcada para a semana seguinte

1ª entrevista familiar

A família inicia a entrevista dizendo que eles são uma “família de peso”. Clara, a mãe, é quem enuncia esta definição familiar. Tanto ela, quanto o João e a Alice são obesos, daí, de alguma forma, a idéia de uma família de peso, embora eu tenha pensado que podemos também compreender que há algo de pesado nesta família e que nenhum deles mais suporta isso e querem também saber se o terapeuta vai suportá-los.

Clara diz que a família é doente há 30 anos. Diz que o seu marido, Wagner, sofreu um acidente automobilístico em 1986 e, como seqüela deste acidente, teve traumatismo craniano, levando dois anos para se recuperar e abandonando o seu trabalho de paisagista. De acordo com ela, o marido sempre foi apático e nunca teve voz forte perante os filhos. Com o acidente, isso só piorou, sendo que, desde o acidente, ele ficou, de acordo com a visão dos seus familiares, inválido para fazer qualquer coisa, sendo visto como um peso morto, principalmente pela esposa.

Clara conta que os filhos sempre tiveram que cuidar da casa e uns dos outros, pois ela contratou uma empregada louca que não cuidava dos filhos como ela gostaria. Com isso, ao despedi-la, não mais contratou ninguém para cuidar da casa.

De acordo com Alice e João, Clara e Breno são os que mais mandam na casa. Dizem que a mãe não admite erro nenhum e nunca diz que falhou. Ela foi diretora de escola durante muitos anos e, de acordo com os filhos, tenta ser a “diretora” da casa, pensando que todos deveriam obedecê-la.

Todos estão de acordo que tudo o que acontece com eles é sempre visto como sendo culpa do outro. Breno define a sua família como sendo uma família depresssiva. Ele tem a impressão que ela funciona como se fosse um disco riscado, repetindo sempre as mesmas falhas, que são, essencialmente, a dificuldade que todos têm de se comunicar entre si, sem brigarem ou culpabilizarem-se mutuamente.

João e Breno, que são os filhos que residem com Clara e Wagner, não trabalham, o que faz com que eles e seus pais fiquem o tempo todo juntos. Alice, embora esteja casada e tenha a sua própria família para cuidar, percebe que sempre volta para a casa dos pais e está sempre envolvida e preocupada com o que acontece lá. Diz: “Fiz que fiz, mas acabei me mudando para perto deles com meu marido e meus filhos”.

Wagner, por sua vez, sai todos os dias de casa, voltando para almoçar, jantar e dormir. Diz que costuma andar a ermo e sem direção pelo Shopping Center que há perto da casa deles. Embora estivesse calado no início da entrevista, não parece ser tão comprometido como a esposa fala que é. Surpreendeu-me quando falou, pois se expressa bem e consegue explicar direito o que faz quando sai de casa. Penso se ele não sai como se ainda fosse “o pai trabalhador e provedor que deveria sair de casa todos os dias para trabalhar, embora, de fato e na realidade, não faça isso”. Seus filhos dizem que ele é o único sadio, pois, ao sair, se livra de todos os problemas da família.

Clara parece viver um aspecto de muita frustração, pois se questiona como ela, tendo sempre trabalhado como educadora, não conseguiu educar os próprios filhos. Ela vê todos os seus filhos como doentes e inúteis, principalmente os dois filhos homens que estão presentes na consulta, pois não conseguem trabalhar e, de acordo com ela, não fazem nada para mudar isso. Acha que João e Breno deveriam arranjar algum trabalho, nem que fosse apeans para sair de casa.

Nesta primeira entrevista familiar, observamos a necessidade que esta família tem de estabelecer novas formas de comunicação, pois não conseguem conversar sem repetir um mesmo padrão de comunicação, que sempre termina em brigas, o que acentua ainda mais as dificuldades de relação que há entre todos.

Penso, também, na cristalização dos papéis de cada um introduzindo um questionamento, para todos, destes papéis. Indago: por que Breno é o drogado? Será que João está mesmo deprimido? De que forma a mãe controla toda a família e por quê? Qual o papel da Alice nesta situação familiar? Por que o pai é visto como um inválido.

Trabalho com a família o motivo do encaminhamento para um atendimento familiar a partir da compreensão do momento em que ocorre uma busca por atendimento, que se dá, justamente, após a internação do Breno devido ao uso de drogas. Parece que, após esta internação, ele está de fato sem usar droga, o que pode levar a família a ter que restabelecer um novo equilíbrio e uma nova forma de convívio.

REFERÊNCIAS

Bion, W. R. (1979). O aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991

Carter, B. e McGoldrick, M.(1995). As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

Freud, S.(1939). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996

Minuchin, S. (1982) . Família: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982

Winnicott, D. W (1983). O ambiente e os processsos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983

CRIAR E CUIDAR: ENQUADRES DIFERENCIADOS NA INTERVENÇÃO CLÍNICA COM ADOLESCENTES VITIMIZADOS

Antonio Augusto Pinto Junior

Fabiana Cortez Vieira

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Márcia Regina dos Santos

Nelson Rodrigo Faria de Almeida

Introdução

O presente estudo discorre sobre o trabalho desenvolvido no CRIA - Centro de Referência à Infância e Adolescência do município de Guaratinguetá/SP em parceria com o projeto Apoiar, inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, , que objetiva a constituição de um espaço interinstitucional propiciador de estudos e pesquisas voltadas para a formação do psicólogo clínico como trabalhador de saúde mental em equipamentos de saúde, focalizando as manifestações de sofrimento humano em diversos contextos, sob uma perspectiva psicanaliticamente orientada.

Segundo Barus-Michel (2003), o sofrimento humano pode ser definido como:

> *Sensação penosa, emoção desagradável, sentimento de infelicidade num grau mais ou menos intenso, com uma certa duração, ligada a uma representação difícil ou impossível de suportar.*

As características atribuídas ao sofrimento são diversas e esclarecedoras: ele pode ser agudo, vivo, dilacerante, fulgurante, lancinante, surdo, atroz, intolerável, extremo. O Sofrimento, segundo Barus-Michel (2003), pode ser tanto físico quanto

moral. No entanto, a autora utiliza a palavra dor ao que se remete à dimensão física e sofrimento ao que se refere a “moral”. Geralmente o sofrimento psíquico e a dor física convertem-se uma na outra ou se sobrepõem uma à outra. Mesmo sendo obscuro, supõe-se sempre que o sofrimento (moral) tenha uma causa, esteja ligado a uma experiência, a um acontecimento que feriu, abalando o equilíbrio psíquico, afetando-o negativamente. Nos casos de abuso sexual, a experiência abusiva, principalmente aquela praticada por um parente, funciona como um evento que rouba da criança a condição de sujeito, capturando-lhe a possibilidade de simbolizar e de representar, instaurando, assim, um desequilíbrio psíquico, pois para a autora, o sofrimento também é um excesso emocional que acompanha uma interrupção do sentido ou uma representação difícil de entender.

Desta forma, qualquer que seja o recurso terapêutico ao qual recorremos ou nos direcionamos, deve ter a função de rearticular o equilíbrio psíquico do paciente. A partir desta perspectiva, o APOIAR fundamenta sua abordagem clínica na Psicanálise sob inspiração de D.W. Winnicott.

Uma das áreas que vêm se destacando nas investigações e estudos no campo da Psicologia Clínica atualmente se refere à questão do sofrimento humano em suas mais diversas manifestações, e mais especificamente o fenômeno da violência doméstica e suas conseqüências em vítimas adolescentes. Atualmente, a violência contra a criança e adolescente vem sendo reconhecida tanto como um importante problema social, quanto um problema de saúde pública.

Segundo Azevedo & Guerra (1998), violência doméstica contra crianças e adolescentes é:

> *Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.*

Onde:

Violência Física: “Toda ação que causa dor física numa criança; desde um simples tapa até o espancamento fatal representam um só continuum de violência”.

Violência Sexual: “Todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adultos que tenham para com ela uma relação de consanguinidade, afinidade e/ou mera responsabilidade, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou a de outra pessoa”.

Violência Psicológica: “Também designada como tortura psicológica, ocorre quando pais ou responsáveis constantemente depreciam a criança, bloqueiam seus esforços de auto-aceitação, causando-lhe grande sofrimento mental”.

Negligência: “Configura-se quando os pais ou responsáveis falham em termos de prover as necessidades físicas, de saúde, educacionais, higiênicas de seus filhos e/ou de supervisionar suas atividades, de modo a prevenir riscos e quando tal falha não é o resultado das condições de vida além do seu controle”.

Os tempos contemporâneos, infelizmente, têm assistido ao crescimento implacável da violência em nossa sociedade de maneira generalizada. As desigualdades e a injustiça social refletem profundamente na adolescência. O jovem de classe menos favorecida já chega à adolescência com grandes dificuldades, frequentemente sem poder nem sequer pensar em conflitos familiares, sexuais ou mudanças no corpo, pois tem as necessidades básicas mais prementes a serem resolvidas e suas perspectivas e opções para o futuro são muito limitadas.

Segundo Pinto Junior (2005):

> *A infância brasileira vive imersa num latifúndio de violências e ser criança ou adolescente no Brasil continua sendo um risco muito grande. Considera-se todas as formas de violência contra a criança e adolescente, como abandono, pobreza e outras são crimes contra a humanidade e que precisam e devem ser combatidas com grande esforço e comprometimento dos órgãos públicos e da sociedade como um todo.*

Tendo em vista as difíceis condições de vida enfrentadas por grande parcela da população jovem de nosso país, acreditamos ser importante oferecer aos adolescentes atendimentos que os ajudem a lidar melhor com as dificuldades que costumam surgir nessa fase da vida, promovendo, justamente, a possibilidade de movimento autêntico, de expressão criativa do ser.

Consolidando sua proposta de atuação na área da violência doméstica contra crianças e adolescentes, a equipe de trabalho do Centro de Referência à Infância e Adolescência (CRIA) avaliou como importante a ampliação de sua área de intervenção e estratégia de atendimento, definindo o eixo temático dos adolescentes vítimas de violência doméstica e o compromisso com a aplicação efetiva do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Esta proposta de atendimento psicoterapêutico com adolescentes fundamenta-se na Psicanálise de inspiração winnicottiana. Para Winnicott (1967), os jovens estão essencialmente preocupados com o ser, com o estar em algum lugar, com se sentirem reais. Esse sentimento de realidade e de ser está intimamente ligado à possibilidade de um viver criativo que subtende a realização do self enquanto gesto criativo.

A partir do exposto, este projeto de atendimento fundamenta-se em enquadres transicionais diferenciados que permitem que as comunicações emocionais se articulem com a arte, buscando a restauração do equilíbrio do paciente. O princípio básico é o fornecimento de um “setting” humano acolhedor (holding) para que a criatividade do adolescente se manifeste e possa ser desencadeador da retomada de seu processso de desenvolvimento humano.

Ao estabelecer estratégias de atendimento que objetivam apoiar e resgatar a criatividade dos adolescentes que por algum motivo estagnou-se, estes sujeitos com idade entre 12 à 18 anos podem ter a oportunidade de expressão, socialização e aprendizagem.

Métodos

Primeiramente, os adolescentes e seus familiares são acolhidos por meio de entrevista psicossocial, onde busca-se informações importantes (queixa inicial, histórico de violência doméstica, histórico sócio-econômico etc). Esta entrevista tem também o

objetivo de acolher e escutar os sujeitos, procurando a partir disso estabelecer uma relação empática e de confiança.

Posteriormente, os adolescentes são encaminhados para as oficinas de música (violão) que são realizadas semanalmente, com duração de duas horas, por um psicólogo e um professor de música, sendo que cada grupo conta com a participação de dez adolescentes. Músicas de preferência destes são utilizadas para uma aproximação da realidade dos sujeitos, do ambiente em que vivem e da experiência de vitimização. As atividades de música incluem técnicas de digitação, acordes e intervalos, onde os alunos realizam exercícios repetidas vezes a fim de aprender e memorizar posições, notas e acordes. O objetivo final é a criação, por parte de todos, de uma música que é uma forma de comunicação e expressão genuína e que reflete experiências do cotidiano.

As estratégias utilizadas são técnicas grupais, com uso de recursos expressivos, contextualizados com a temática central e quando necessário são realizados atendimentos individualizados. Na verdade, as atividades propostas buscam trabalhar com o aprendizado, a sociabilidade e a expressividade, visando a qualidade e formação de vínculos psicossociais.

As mães ou responsáveis pelos adolescentes são inseridos no grupo de orientação familiar a fim de possibilitar o estabelecimento de vínculos afetivos e protetivos. A inclusão destes têm mostrado que é possível rearticular o equilíbrio familiar.

Resultados

Este tipo de intervenção tem-se revelado como um procedimento eficaz para o tratamento de adolescentes vítimas de violência doméstica, pois pode complementar a linguagem no seu processso de comunicação. Devido ao seu contéudo simbólico e por ser um meio menos usual de comunicação do que a linguagem articulada, a música também possibilita a manifestação direta das experiências destes adolescentes que, com a ajuda de terapeutas genuinamente empáticos, podem ser resignificados, devolvendo a eles a condição de sujeito.

Percebe-se uma aceitação e participação por parte dos adolescentes, o que pode-se atribuir a música como uma experiência de grande expressão criativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. *Ser e fazer*: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida: Idéias & Letras, 2004.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; MACHADO, M.C.L. Sofrimento humano e estudo da "eficácia terapêutica" de enquadres clínicos diferenciados. In AIESLLO-VAISBERG, T.M.J.; AMBÓSIO, F.F. (Org.) Cadernos ser e fazer: apresentação e materialidade. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. - *Infância e violência fatal em família***.** São Paulo: Iglu; 1998.

BARUS-MICHEL, J. Sofrimento, trajetos, recursos dimensões psicossociais do sofrimento humano. In AIELLO-VAISBERG, T, org. *Trajetos do sofrimento*: rupturas e (re)criações de sentido. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2003.

PINTO JUNIOR, A.A. *Violência sexual doméstica contra meninos*: um estudo fenomenológico. São Paulo: Vetor, 2005.

SAFRA, G. *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco; 1999.

WINNICOTT, D.W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

WINNICOTT, D.W. O desenvolvimento emocional primitivo. In: *Textos selecionados*: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1978.

WINNICOTT, D.W. Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. Rio de Janeiro: Imago; 1984.

PESQUISA COM AGRESSORES SEXUAIS DOMÉSTICOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES A PARTIR DO USO DE TÉCNICAS PROJETIVAS: DADOS PRELIMINARES[30]

Antonio Augusto Pinto Junior, Patrícia Regina da Matta Silva,
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, Márcia Regina dos Santos,
Maria Amélia Azevedo, Viviane Nogueira Guerra

Introdução

As pesquisas na área da violência sexual doméstica contra crianças e adolescentes começaram a surgir na literatura científica principalmente na década de 1980. Registra-se a partir deste período uma vasta bibliografia sobre o tema, predominando uma preocupação significativa com o tratamento dos envolvidos, com ênfase na prevenção secundária e terciária e pouca atenção à prevenção primária. Também é notório o fato de existirem poucos trabalhos com foco nos agressores sexuais.

Budin e Johnson (1989) parecem ser os primeiros a ouvir dos agressores sexuais de crianças encarcerados o que pensam sobre a eficácia de programas preventivos, suas atitudes e *modos operandi*, por meio de um questionário estruturado. Os autores (1989) alertam que há que se considerar o medo que os participantes têm em falar sobre o assunto, sobretudo se não se convencem totalmente da garantia do sigilo de suas respostas, o que pode criar um viés considerável sobre a produção de suas respostas. De modo geral, as sugestões dos agressores para o *design* de programas eficazes de prevenção assentam-se na educação dos pais e das crianças sobre como prevenirem-se da vitimização sexual.

Kaufman e Harbeck-Weber (1994), examinando a eficácia das estratégias de prevenção da violência sexual infantil a partir da atitude de vítimas e agressores compartilham da idéia de que estes últimos podem oferecer informações privilegiadas sobre o processso de vitimização sexual infantil. Apontam também que instrumentos padronizados de pesquisa (como o *The Modus Operandi Questionnaire* – MOQ, apresentado por Kaufman, 1991) aplicados em pesquisas com agressores sexuais intra e extrafamiliares, encarcerados ou não, não apontam diferenças significativas nas

[30] Este trabalho é parte integrante do Projeto Temático - Processso 2005/60339-5/FAPESP sob a Coordenação da Profa. Dra. Maria Amélia Azevedo - Professora Titular do IPUSP.

respostas relacionadas às possíveis estratégias preventivas, o que se explica muito provavelmente pelo engendramento de respostas socialmente desejáveis ou aceitáveis. Os autores (1994) criticam a existência de certa tendência dos especialistas na área de conceberem programas preventivos fundamentados no ensino-aprendizagem de habilidades para as crianças, ou ainda em informações detalhadas e sistemáticas sobre o que acontece em situações de vitimização e quais técnicas os agressores usam para engajar e manter suas vítimas, afirmando serem insuficientes em termos de um modelo preventivo eficaz. Até metade da década de 1990, conforme os autores (1994), poucos estudos haviam examinado sistematicamente as percepções das vítimas e agressores do abuso, todos com importantes limitações metodológicas, quer seja pelo número reduzido de participante, quer pelos instrumentos padronizados de pesquisa, ou por outras questões específicas. Assim, sugerem que, na coleta de dados, os pesquisadores utilizem questões específicas, semi-abertas e explorem cada *estágio do relacionamento* entre o agressor e a vítima, bem como as *motivações* e *perspectivas* que levam o sujeito a praticar a violência. Assim, o ideal é combinar métodos quantitativos e qualitativos, de forma que a entrevista semi-estruturada afigura-se como a melhor opção para coleta de informações.

Outro estudo importante é o de Elliott, Browne e Kilcoyne (1995), que consideram tais sujeitos como fontes importantes de informação para programas e agências de proteção infantil. A partir de entrevistas semi-estruturadas, visando obter informações sobre as motivações e estratégias desta população, apresentam e discutem algumas implicações práticas para programas preventivos. Neste estudo, quando perguntados sobre o que pais e crianças deveriam fazer para prevenir a violência sexual, os agressores fizeram diversas recomendações relevantes, direcionadas para crianças, pais, familiares e professores. Destas recomendações, apreende-se que a VSDCA pode ocorrer fora do ambiente doméstico, o que torna o fenômeno ainda mais complexo. Neste sentido, algumas recomendações gerais válidas para a prevenção da violência sexual infantil extrafamiliar podem ser igualmente pertinentes para a prevenção da VSDCA. Elliott e cols. (1995) afirmam, ainda, que informes publicitários sobre a questão podem ser ineficientes, sobretudo se detalhados, pois levam os agressores sexuais a mudarem seus métodos de ação, tornam-se mais prevenidos e sofisticados. Do ponto de vista metodológico, alertam para as limitações de qualquer estudo com agressores, pois eles podem mentir ou exagerar, ou seus relatos podem ser diferentes da vasta maioria dos agressores que não estão encarcerados ou em

processso criminal, pois imaginam que, de alguma forma, podem obter uma consideração especial em sua sentença penal ou em seu programa de tratamento, dependendo do que falem.

Se são escassos os estudos sobre a avaliação dos agressores sexuais infantis sobre estratégias de programas preventivos, por outro lado, são abundantes os estudos do ponto de vista do tratamento ou prevenção secundária. Neste campo, o estudo de Smith e Saunders (1995) debruça-se sobre a análise das características de personalidade de pais incestuosos. Embora este estudo não interesse focalmente à presente pesquisa, traz um dado importante a ser considerado: os agressores são descritos como dominantes, abusivos e autoritários, ou como passivos ou dependentes, o que sugere a ausência de um padrão único de estruturação da personalidade destes sujeitos, indicando também que além das características individuais do agressor, a configuração relacional dos parceiros e da família favorecem a situação de vitimização doméstica. Nesta mesma perspectiva, Kaufman, Hilliker e Daleiden (1996), Johnson (1998) e Lung e Huang (2004) afirmam que muito dos agressores sexuais incestuosos usam de coerção na abordagem da vítima. Já Erooga (2002) conclui que estes indivíduos não diferem significativamente, no que se refere às características sociais e psicológicas, da população geral.

Frenken (1994) apresenta um modelo de cinco fases para o tratamento de agressores incestuosos, cumprindo sentenças em prisões ou em tratamento compulsório. Destas, destacam-se a segunda etapa, em que analisa a seqüência de eventos, pensamentos, estado de ânimo e condutas que precedem o contato sexual, e a terceira em que aborda o sentimento de culpa e responsabilidade do agressor. Assim, fica clara a importância do pesquisador se ater sobre questões tais como: qual situação desencadeou a violência, que tipo de pressão exerceu sobre a vítima, qual a natureza dos seus atos sexuais, como manteve o segredo, e quais seus pensamentos, fantasias, esquemas e sentimentos antes, durante e após a vitimização sexual.

Uma linha de investigação mais recente procura discutir as questões éticas, políticas e sociais das intervenções com os agressores encarcerados. Cowburn (1990a, 1990b 1998, 2005a, 2005b, 2007) e McCulloch e Kelly (2007) consideram a relação entre a *construção da masculinidade* dominante e a produção social da violência sexual. Apontam o risco de uma prática profissional que reduz a violência a aspectos da individualidade do agressor, destacando a necessidade de considerar as questões de gênero nas intervenções com os agressores sexuais e a leitura da ordem e da

hierarquia social das prisões masculinas. Cowburn (2005a, 2005b) também discute as implicações epistemológicas e éticas de pesquisas sobre violência sexual com homens adultos encarcerados, especialmente aqueles que aguardam decisão judicial, afirmando que neste tipo de pesquisa é necessário estabelecer, explicitar e repetir o princípio da confidencialidade e seus limites na entrevista, orientando o participante a não se referir à situações abusivas que nunca foram declaradas oficialmente, pois implicaria na quebra deste princípio por parte do pesquisador.

A partir do exposto, percebe-se que as pesquisas sobre a prevenção da VSDCA com agressores sexuais encarcerados é um assunto pouco explorado. Desta forma, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos sobre esta temática envolvendo os vários atores sociais implicados neste fenômeno, inclusive os agressores.

Objetivos

O objetivo do presente trabalho é apresentar a análise parcial dos dados produzidos no estudo piloto do sub-projeto de pesquisa "Agressores sexuais: educadores?", que integra o Projeto Temático "Violência doméstica contra crianças e adolescentes (VDCA): abrindo novos horizontes de prevenção na cidade de São Paulo", financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Este sub-projeto busca produzir dados *sobre* e *com* os agressores sexuais que cumprem pena por práticas de VSDCA, com o propósito de construir estratégias co-participativas e dialógicas na produção de conhecimento, na elaboração de programas eficazes de prevenção e na discussão ética sobre sua historicidade., com ênfase no eixo temático da prevenção e na discussão ético-metodológica, considerando a condição de encarceramento dos participantes da pesquisa. Da mesma forma, este estudo piloto objetiva avaliar a sensibilidade e eficácia dos instrumentos para captar aquilo a que se propõem.

Métodos

O presente estudo foi realizado na Penitenciária II de Sorocaba (SP/Brasil). Primeiramente, foi realizado um mapeamento dos casos de VSDCA nesta Unidade, constatando que dos 1.100, 192 (17%) cumpriam pena pela infração aos artigos Código Penal Brasileiro que se referem ao foco desta pesquisa. Destes, foram selecionados 03 (10% da amostra) para o estudo piloto: Gilson, 46 anos, padrasto; Edgar, 50 anos, padrasto; Raimundo, 53 anos, pai biológico (os nomes indicados são fictícios). Em

seguida, foi realizada a leitura documental dos prontuários dos três participantes, visando ao conhecimento do seu histórico e percurso institucional. Em momento posterior, procedeu-se às entrevistas semi-dirigidas, buscando coletar dados sobre os *modos operandi*, motivações e o que pensam a cerca da prevenção da VSDCA. Ao término desta entrevista, aplicou-se as técnicas projetivas (Questionário Desiderativo e Desenho da Figura Humana - DFH), com a finalidade de apreender o funcionamento psíquico e as atitudes dos agressores sexuais domésticos.

Neste trabalho apresentaremos os resultados referentes a análise das técnicas projetivas. A análise do Questionário Desiderativo teve como parâmetro o referencial de Nijamkin e Braude (2000), que considera a formulação de símbolos verbais a partir de seu significado histórico, cultural e pessoal, procedendo à decodificação do significado pessoal que o símbolo eleito tem para o sujeito, guiando-se não somente pelo símbolo, mas também pelo conteúdo da racionalização que expressa tais significados. Já a análise do DFH seguiu os parâmetros de Klepsch e Logie (1984) e Azevedo, Guerra e Pinto Junior (2003), que propõem uma leitura dos desenhos como medida de atitude.

Resultados

O Questionário Desiderativo e o DFH de cada participante serão apresentados a seguir, seguidos da análise por procedimento.

Raimundo:

Qusetionário Desiderativo:

1 + (Tempo para responder: 1 minuto e 28 segundos) Se eu não posso ser uma pessoa, o que eu gostaria de ser? (Pausa 22 segundos). Essa eu não consigo resolver, não. Porque ninguém consegue mudar seu estado de ser, de maneira alguma, eu tenho que ser eu mesmo (...). Mas pêra aí, se não posso ser uma pessoa não posso ser um animal, eu não posso ser um objeto, não posso ser um veículo, não posso ser uma pedra, e aquilo que Deus faz o homem não desmancha (risos). Não tem condições, se eu sou uma pessoa de carne e osso eu não posso ser uma pedra.

* Depois de algumas insistências

R - Queria ser uma árvore, né

A - Uma árvore? Que tipo de árvore?

R - Uma árvore que desse frutos (...). Que fosse um ... parreral. Porque são tudo coisas que dá frutos, dá lucro, eu acho que na vida se a pessoa não dê frutos, não de lucro,

não buscar ajudar também não é nada. Eu sou uma pessoa que gostava de ser um grande pé de uva, que se afirma até na rocha (...).

(Teste interrompido pela resistência do entrevistado).

Análise:

- Dificuldade de aceitar a instrução do teste , incapacidade de simbolização
- Respostas ilógicas
- Forte “racionalização” carregada de idéias delirantes
- muita onipotência e negação (defesas muito primitivas)
- INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS : psicóticas

DFH:

História: Essa pessoa aqui tá atravessando com as duas mãos na cintura preocupada com tudo que tá ocorrendo perto dela. Tá de boca aberta assim né, admirada com a situação que tá ocorrendo, com a confusão que tá acontecendo no final da rua...

A- Tá, e o que vai acontecer?

R- O que vai acontecer com ela? Ela tá prestando atenção de tudo que se passa e as coisa que nunca muda. Infelizmente é isso que nóis tamo vendo no nosso país, todo dia é sempre uma promessa, uma promessa, uma promessa, mas não muda.

A- Ela poderia fazer alguma coisa pra mudar a situação dela?

R- Ela mesma si própria não pode não, mas se houver união aonde cada um faça sua parte e ela dê um pouco de si própria aí sim. Eu acho que tem jeito, né? Então, o que vai acontecer? Governamentalmente a situação em que nóis se encontra meio difícil de

mudar, mas desde que essa pessoa tenha força de vontade, ela consegue mudar. Sendo compreensiva, buscando mais atenção, sendo mais é, como se diz, expansivo, levando, explicando aquele problema que tá passando por ele, porque vamos supor, posso estar com uma dor de dente se eu não ficar com a dentadura não preciso me pôr no dentista em cima da cadeira.

Análise – medida de atitudes

a – Impressão Geral

Seguindo as recomendações de Klepsch e Logie (1984, apud Azevedo; Guerra e Pinto Jr, 2003), ao olhar a figura pode-se expressar a impressão geral que a mesma provoca. Assim, a figura desenhada se apresenta como: inamistosa, má, agressiva, autoritária, antipática, preocupada e assustadora, sem ser possível discriminar se há alegria ou tristeza.

A partir das associações, denota-se confirmação dessas mesmas atitudes. A figura é descrita por Raimundo, como estando preocupada (de boca aberta), surpresa com a situação (dele mesmo).

Observa-se a seguir no relato, uma tentativa de crítica social à situação mais ampla, porém reflete sua sensação de imobilidade. Diz ele não haver mudanças; tudo fica na mesma.

Essa atitude reflete a mesma sensação que ele vive: a impossibilidade de mudanças.

b – Indicadores ou Sinais Específicos (Klepsch e Logie, 1984)):

Figura grande: Segundo os autores, é possível, relacionar a figura desenhada, pela sua qualidade, como sugerindo agressividade (Azevedo; Guerra,e Pinto Jr, 2003; p. 25).

Pela postura da figura, também, se pode sugerir a presença de sinais de hostilidade e agressão (Klepsch e Logie, 1984; p. 129).

Gilson:

Questionário Desiderativo:

1 + “Coelho. Acho ele muito dócil. Não faz mal pra ninguém”.

2 + “Carro pipa. Acho que pra ajudar muita gente do nordeste. Não ia mais acontecer seca de água, ajudaria, molharia até um jardim, uma planta, uma coisa ou outra, ajudaria”

3 + (Induzido) “Um pé de feijão. Por que ele serve para alimentar a população

1 - " Uma pessoa hipócrita. Acho que a pessoa hipócrita fica muito sei lá... deve passar um pouco visada... só comentada aquela pessoa que é isso e aquilo"

2 - "Um Judas. Judas traiu muito. Uma coisa que não gosto é de traição, não aceito"

3 – (Induzido) "Uma cobra. Se massacrada, na realidade é muito massacrada, eu não gostaria de ser uma cobra"

4 – (Induzido) "Um chinelo velho. Pra que serve um chinelo velho? Mas velhinho já tá, pode aproveitar a correia colocar um outro, aproveitar o salto pra colocar em outro, um chinelinho bem zoadinho mesmo. Porque é usado e jogado fora, já usei esse chinelinho e joguei fora.

5 – Pode ser um barco furado? Porque ele ia faze mal pras pessoas, ele só ia afunda as pessoas, matar as pessoas, não gostaria de ser um barco furado".

6 – (induzido) "Planta que tem espinho. Alguma dessa que tem espinho. Tem várias... pode ser um juazeiro, né. Porque pode faze mal as pessoas, furar, alguém ou até uma criança, ou mesmo furar alguém ...a gente mesmo."

<u>Análise</u>

- Consegue captar o sentido simbólico da instrução (atende à 1ª Dissociação instrumental 1º sinal de saúde psíquica)
- As Positivas – respostas adequadas (bom nível de sublimação e simbolização)
- Escolhas que valorizam a docilidade e indicam uma fragilidade (coelho)
- As outras escolhas – adequadas incluem o outro (Relação objetal)
- Interesse e preocupação com o outro – em ajudar e não ferir
- dificuldades nas negativas
- Fragilidade de seu esquema defensivo
- Com apoio ele consegue responder: recusa a traição; o ser descartado; ser desprezado; machucar
- INDICADORES PSICOPATOLÓGICOS: nível neurótico; aspectos depresssivos; afastam-se hipóteses de transtornos de caráter

DFH:

História: “Eu baseei assim mais ou menos na minha mãe. O corpo dela assim. A minha mãezinha é tudo pra mim, tudo, a minha mãezinha. Mesmo nas palavras de carinho, de conversar, os conselhos que ela me dá... ela ficou mãezinha primeiramente. No caso os meus filhos, que eu falei agora a pouco, que eu adoro eles, minha irmã, irmãos, tudo. Pra mim ela é muito... Por mais que ela tenha 74 anos mais é muito... engraçado né, minha velhinha é fora de série. Já falei tudo”.

Análise – medida de atitudes

a – Impressão Geral

Seguindo as recomendações de Klepsch e Logie (1984, apud Azevedo; Guerra e Pinto Jr, 2003), ao olhar a figura pode-se expressar a impressão geral que a mesma provoca. Assim, a figura pode ser vista como amistosa, sem sinais de maldade ou agressão, mais para o simpático, preocupado, acolhedora.

A partir das associações, denota-se confirmação dessas mesmas atitudes, sendo muito forte e entonação afetiva no relato Refere-se à mãe, como alguém muito carinhosa, afetiva, acolhedora. A figura é descrita por Gilson como alguém a quem ele se vincula de forma muito positiva, denotando capacidade de estabelecer relações afetivas positivas.

b – Indicadores ou Sinais Específicos

Encontra-se os seguintes indicadores nos desenhos, derivados da pesquisa de Engle & Suppes, (1970 apud Azevedo; Guerra e Pinto Jr, 2003; p.23): sombreado do corpo, colocação na parte inferior da página; cabeça em relação ao corpo (grande); borraduras e sorriso.

Por meio de outros estudos citados e exemplos expressos na obra de Klepsch e Logie (1984) também pode-se mencionar a impressão geral da figura, mais relativa a fragilidade e ao mesmo tempo de cooperação.

Edgar:

1 + “Uma árvore. De preferência uma árvore frutífera, que seja uma árvore frutífera. Porque na árvore frutífera você tem a sombra da árvore, entendeu? Você tem os fruto da árvore, de preferência um fruto bom, fruto ruim ta descartando, fruto bom, pelo menos você tem essa utilidade, você tem a sombra, você tem os fruto. Ai dependendo da árvore até as folhas pode ser aproveitada também”

2 + “Seria um cavalo. Porque um cavalo, eu gosto de animal principalmente, acho bonito, forte, resistente, pra trabalhar, pra lazer. Então, seria um cavalo, pelo menos seria útil. Ai, final de semana era lazer e segunda a sexta pra trabalhar, igual a gente muito no interior, na roça e dia de semana pra apartar gado, correr campo e final de semana pra ir pra cidade fazer compra”

3 + “Um besouro. O besouro se você analisar também, o besouro tem aquela parte que pode ser útil, o besouro destrói praga na planta, aquele besouro que é... são assim exótico, diferente, eles se destacam dos menores, tem a sua utilidade, outros são como eu falei pra vocês exóticos, são diferentes, mudam o tamanho, a cor.”

4 + Objeto (Induzido) “Primeiramente uma caneta. Porque uma caneta você pode escrever, coisas boas, coisas mau, Por exemplo, ela vai colocar ali no papel as vontade da sua mente, aquilo que você tem em mente. Ela pode servir como bem, como pode servir como mal. Uma carta de amor ou pra xingar alguém por carta.”

1 - “O que eu não gostaria de ser seria um criminoso, um assassino.Convivo com uma pessoa, em latrocínio, em homicídio mas eu graças a Deus, independente do que me trouxe pra cadeia, me sinto ... sou culpado, me arrependi, mas eu não tirei a vida de ninguem. Eu acho que quando você tira a vida de uma pessoa, acho que a única pessoa que tem direito de tirar a vida de uma pessoa é Deus.

2 - (Induzido) “Uma urtiga (risos), porque urtiga é complicado, você tá no mato assim, passou perto lá empelota tudo, fica com coceira. Aquilo ali vou até me afastar, aquilo ali é urtiga nem chega. Tem umas planta que você passa, né, ai já tem um problema na pele, aquela coceira”.

3 – (Induzido) “Devido ao sofrimento não queria ser um cachorro (risos). Cachorro .. você ser cachorro de rico vai lá, mas cachorro pobre é complicado (risos). É só sofrimento, passa mal, sofrimento. Independente de ser cachorro do rico ou do pobre, é... uma vida, acho que coitado do cachorro, muitas vezes o dono vai e desconta toda a neurose em cima do cachorro, chuta do cachorro, depois de casa ah esse cachorro não serve mais, joga ele na rua”.

4 – (Induzido) “Uma muleta ou uma cadeira de rodas. Porque muito sofrimento tanto um quanto outro é tal negócio. É igual, eu vejo a situação de meu irmão. Eu tô preso aqui, mas graças a Deus eu ando, eu trabalho, eu tenho assim... um relacionamento com o pessoal da cadeia e a situação do meu irmão... ele tá preso numa cadeira de roda já há 6 anos. Eu acho que uma cadeira de roda me lembra muito sofrimento, que eu também na área hospitalar a gente vê a pessoa ali, a pessoa tá ali impossibilitada de andar, são várias situação, né. Muitas vezes, a cadeira de roda é uma prisão, praticamente enquanto a pessoa viver ela tá preso à cadeira de rodas. A minha prisão é (...), eu vou ter a minha liberdade, mas tem certas pessoa que infelizmente vai ser a vida toda, igual a situação do meu irmão; a situação dele é irreversível, pra vida toda”.

<u>Análise</u>

- Apresenta dificuldade de descriminar o bom e o mau (todo o tempo):
- Nas escolhas – besouro nas positivas – caderno na negativa
- Nas racionalizações – incapacidade de discriminar o bom e o mau; incapacidade de discriminar o que é dele – o que é do outro (das crianças); uso maciço de projeção nas crianças
- HIPÓTESE - personalidade primitiva indiferenciada; assume o ato, mas projeta nas crianças o desejo.

DFH:

História: “Bem, esse aqui é o famoso seu Zé. Seu Zé (...). Tá meio disforme assim, tem um pouco de cabelo, barrigudinho né, meio fora de forma, mas o seu Zé uma boa pessoa. Seu Zé ele ajuda na medida do possível e o seu Zé é um bom companheiro né? Mas vamo dize que... é um companheiro aqui de sofrimento, tá na cadeia também, tá. Sofrimento de cadeia porque... é mais momento ruim que mais momento bom. Esse seu Zé é uma pessoa que você conversa com ele, ele tem sempre uma... ele tá... sempre prestes a ouvir, dá uma opinião, uma pessoa prestativa. E esse seu Zé é companheiro dos companheiro, uma pessoa que tem boas intenções, seu Zé é uma pessoa que não cria poblema aqui na cadeia”.

Análise – medida de atitudes

a – Impressão Geral

Seguindo as recomendações de Klepsch e Logie (1984, apud Azevedo; Guerra e Pinto Jr, 2003) , ao se olhar a figura pode-se expressar a impressão geral que a mesma provoca. Assim, a figura pode ser vista como amistosa, sem sinais de maldade ou agressão, mais para o simpático, denotando um ar de imaturidade e aparente felicidade.

A partir das associações, Edgar se refere ao amigo, que se apresenta mesmo como acolhedor e companheiro..

Ele se vê próximo e semelhante com a figura desenhada (palavras textuais dele). E menciona o sofrimento de ambos, ressaltando viverem mais momentos ruins do que bons.

A forma de falar e o desenho sugerem atitudes extremamente infantis.

b – Indicadores ou Sinais Específicos

Identifica-se uma figura cômica, segundo Azevedo; Guerra e Pinto Jr,(2003); p. 25. podendo indicar um critério duplo; um adulto com expressão de criança.

A figura pode ser considerada grande, sugerindo sinais de agressividade (Azevedo; Guerra e Pinto Jr, 2003; p. 25).

Encontra-se também os seguintes indicadores no desenho, derivados da pesquisa de Engle & Suppes, 1970 (apud Azevedo; Guerra e Pinto Jr, 2003; p.23): Figura grande e sorriso.

Discussão e Considerações finais

Ao considerar o objetivo do estudo piloto de testar a sensibilidade e eficácia das técnicas projetivas junto aos agressores sexuais de crianças e adolescentes encarcerados, verificou-se a adequação do uso do Questionário Desiderativo pelo fato da produção de respostas se dar, conforme Nijamkin e Braude (2000), por meio da formulação de símbolos verbais, pois estes possuem um significado histórico, cultural e pessoal que devem ser levados em conta na interpretação do instrumento.

Já quanto ao Desenho da Figuras Humanas, considerou-se que este não contempla adequadamente a análise de atitudes. Segundo as obras recomendadas (Azevedo, Guerra e Pinto Jr, 2003; Klepsh e Logie, 1984), a equipe sugere a substituição do Desenho da Figura Humana pelo Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (Vaisberg, 1997; Tardivo, 2007). Considerando mais favorável para uma análise de atitudes e de valores grupais, propõe-se o procedimento mencionado com a seguinte instrução: *Desenhe uma criança* e a partir de seu desenho *conte uma história sobre ela.* Dessa forma, será possível apreender a representação da infância para os participantes da pesquisa, bem como suas atitudes com respeito à mesma. A partir da apreensão de como os participantes da pesquisa concebem a infância, será possível auxiliar a elaboração de pautas de prevenção da VSDCA.

A partir da discussão sobre os parâmetros metodológicos de uma pesquisa sobre a prevenção da VSDCA, realizada no contexto prisional, é possível indicar a combinação de métodos quantitativos e qualitativos, destacando-se a técnica de entrevista semi-dirigida, técnicas projetivas e grupo focal.

E, ainda, a partir da reflexão sobre o processso de coleta de dados do estudo piloto e da discussão preliminar, foi possível apontar que é preciso considerar as questões relativas (1) à complexidade do fenômeno da VSDCA; (2) às questões de gênero e de geração de modo geral, principalmente, quando realizadas junto a agressores sexuais encarcerados em unidades prisionais masculinas; e, ainda (3) ao movimento de produção e reprodução histórica do fenômeno da VSDCA, tomando a presente pesquisa como oportunidade de estabelecimento de diálogo entre o pesquisador e participante da pesquisa com esforço de transformá-la em uma relação entre sujeitos.

Referências Bibliográficas

Budin, L. E. & Johnson, C. F. (1989). Sex abuse prevention programs: offenders' attitudes about their efficacy. *Child Abuse & Neglect*, 13 (1), 77-87.

Cowburn, M. (1990a) Work with male sex offenders in groups, *Groupwork*, 3(2) 157-171.

Cowburn, M. (1990b) Work with sex offenders in prison: what happens to the “nonces”? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1(1), 145-151.

Cowburn, M. (1998) A man's world: gender issues in working with male sex offenders in prison. *The Howard Journal,* 37(3), 234-251.

Cowburn, M (2005a) Constructive work with male sex offenders: male forms of life, language games and change. Em Parton, N., O'Byrne, P., Gorman, K. & Gregory, M. (eds). *Constructive Probation Work*. London: Jessica Kingsley.

Cowburn, M. (2005b) Confidentiality and public protection: ethical dilemmas in qualitative research with adult male sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 11, (1), 43-63.

Cowburn, M. (2007). Men researching men in prison: the challenges for profeminist research. *The Howard Journal*, 46, (3), 276–288.

Elliott, M; Browne, K. & Kilcoyne, J. (1995). Child sexual abuse prevention: what offenders tell us. *Child Abuse & Neglect*, 19(5), 579-594.

Erooga, M. (2002) *Adult sex offenders*. NSPCC Child Protection Research Department: Child protection research briefings.

Frenken, J. (1994). Treatment of incest perpetrators: a five-phase model. *Child Abuse & Neglect*, 18(4), 357-65.

Johnson, S. A. (1998). An overlooked factor in sexual abuse: psychological and physical force examined. *Journal of Offender Rehabilitation*, 28(1-2), 141-51.

Kaufman, K. L. (1991). *Modus operandi questionnaire* . Columbus, OH: *Children’s Hospital*.

Kaufman K. & Harbeckweber C. R. L (1994). Reexamining the efficacy of child sexual abuse prevention strategies: victims and offenders attitudes. *Child Abuse & Neglect,* 18(4), 349-356.

Kaufman, K. L., Hilliker, D. R. & Daleiden, E. L. (1996). Subgroup differences in the modus operandi of adolescent sexual offenders. *Child Maltreatment*, 17(1), 17-24.

Klepsh, M., Logie, L. (1984). *Crianças desenham e comunicam.* Porto Alegre: Artmed.

Lung, F. W. & Huang, S. F. (2004). Psychosocial characteristics of criminals committing incest and other sex offenses: a survey in a Taiwanese prison. *Journal of Offender Therapy Comp. Criminol.*, 48(5), 554-60.

McCulloch, T. & Kelly, L. (2007). Working with sex offenders in context: which way forward? *Probation Journal*, 54(3), 7 - 21.

Ninjamkim, G.; Braude, M. (2000) *Questionário desiderativo.* São Paulo: Vetor.

Smith, D. W.; Saunders, B. E. Personality characteristics of father/perpetrators and nonoffending mothers in incest families: individual and dyadic analyses. *Child Abuse & Neglect*, 19(5): 607-617.

Tardivo, L.S.P.C. (2007). *O adolescente e o sofrimento emocional nos dias de hoje.* São Paulo: Vetor.

Vaisberg, T.M.J.A.(1997). Procedimento de desenhos-estórias com tema. In: TRINCA, W. (org.). *Formas de investigação em Psicologia.* São Paulo: Vetor.

CRESCIMENTO E FORMAÇÃO DOS ALUNOS NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DE ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA – (ELA)

Ms. Ana Luiza Figueiredo Steiner APOIAR/IPUSP
Ms. Antonio Geraldo de Abreu Filho UNIFESP/APOIAR/IPUSP
Ms. Abrahão Quadros ABRELA/UNIFESP
Profa. Dra. Helga Cristina Silva ABRELA/UNIFESP
Prof. Dr. Acary Souza Bulle Oliveira ABRELA/UNIFESP
Profa. Dra. Leila S.L. P. Cury Tardivo APOIAR/IPUSP

Alunos e Colaboradores Tutores:

Ana Carolina Simionato Costa

Charlene Keiko Rezende

Cristiane Izumi

Danuta Medeiros

Dario Diniz Guedes

Gabriele Cristina de Toledo Paula

Guilherme Borges Valente

Henrique Nagao Hamada

Isana Ribeiro

Ivan Cruz

Márcia Juliana da Silva Barbosa

Maria Suzana Carlsson Ribeiro
Nathália Nabor Ramacciotti
Paulo Oliveira
Renata Rezende Lacerda
Rodrigo Bronze dos Santos
Tatiana Thais Martins

A Esclerose Lateral Amiotrófica é definida como sendo uma doença progressiva e degenerativa. Caracteriza-se pela degeneração progressiva dos neurônios motores do cérebro e da medula espinhal terminal, não havendo até o presente momento prognóstico de cura.

A fraqueza muscular é um dos primeiros sintomas e, na maior parte dos casos, tem seu início pelos membros superiores, mãos e braços, geralmente iniciando apenas de um lado. Estes membros tendem a ficar mais finos pela perda progressiva de massa muscular. Na progressão da doença, há o surgimento de cãibras, reflexos involuntários e diminuição da sensibilidade. Nos estágios mais avançados há alteração da fala, diminuição do volume, tosse e facilidade em engasgar com os alimentos. A fase final da doença é caracterizada por imobilidade, disfagia, insuficiência respiratória e, muitas vezes, comunicação restrita ao código obtido com movimentação dos olhos.

A ELA não afeta a parte cognitiva preservando a capacidade de raciocínio à medida que os neurônios atingidos são os motores.

Os pacientes com ELA, segundo literatura específica, em sua maioria se vêem com sintomas aversivos, perda de habilidades funcionais, frustração, incerteza quanto ao futuro, e expectativa do que vai acontecer depois.

A necessidade de acolher estes pacientes, seus cuidadores e familiares nos aspectos afetivos, emocionais e psicológicos em seu sofrimento levou a Profª. Dra. Helga

Cristina de Almeida Silva, em 2003, presidente na época da Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica (ABRELA) com a Profª. Associada Leila Cury Tardivo a estabelecer uma parceria entra a ABRELA e o Laboratório APOIAR. Esta parceria deu origem ao Projeto Tutor, coordenados pelos psicólogos pesquisadores e colaboradores do Laboratório APOIAR, Antonio Geraldo de Abreu Filho e Ana Luiza Steiner.

O Projeto Tutor vem se desenvolvendo e se construindo ao longo da parceria ABRELA/APOIAR, pois com o passar do tempo, através das experiências que temos vivido, vamos reformulando, atendendo assim a demanda que nos é solicitada.

A palavra TUTOR reflete a essência do nosso projeto, que na sua definição tem como significado “estaca ou vara que se enterra no solo para amparar uma planta de caule frágil, flexível ou volúvel”, ou seja, o tutor é aquele que vai amparar, acolher, olhar e escutar o paciente portador de ELA, bem como seus cuidadores, familiares, incluindo também os profissionais da área de saúde que lidam com a ELA.

O grupo de tutores é formado por graduandos, pós-graduandos e profissionais de Psicologia. Temos como objetivo apoiar o paciente portador de ELA, bem como interesses científicos, para que possamos através da pesquisa, compreender e desenvolver métodos que continuem ajudando esses pacientes.

Desde o inicio da parceria ABRELA/APOIAR já foram apresentados diversos trabalhos, fruto das nossas vivências com os pacientes, em vários congressos, tanto ao nível de Brasil, como no exterior, sempre com o intuído de divulgar a ELA, doença ainda bastante desconhecida, chamando a atenção sobre a necessidade dos pacientes portadores de ELA e seus respectivos cuidadores serem acolhidos e amparados em seu sofrimento afetivo, emocional e psicológico.

O Projeto Tutor consiste em três níveis de atuação: Tutor I, Tutor II e Tutor III.

O primeiro nível, que é o Tutor I, é quando os alunos começam a ir nas casa dos pacientes, em dupla, semanalmente. Durante os primeiros doze encontros os alunos vão somente desenvolver a escuta e o olhar, acolhendo as angústias do paciente sem uma intervenção interpretativa.

No nível Tutor II, terminada as 12 visitas domiciliares, caso haja interesse por parte do paciente e da dupla de tutores, as visitas poderão continuar; com intervenções interpretativas e, finalmente a tutoria III visa à formação de multiplicadores que nos auxiliaram na formação de novos tutores.

Os alunos são acompanhados através de uma discussão clinica que é realizada semanalmente pelos respectivos coordenadores.

Em nossa experiência de atendimento, observamos o quanto a doença fragiliza o indivíduo como também as pessoas que estão ao seu redor, no que diz respeito a sua vulnerabilidade e ao seu psiquismo como um todo. Características pessoais mais profundas vêm à tona, tornando a vivência do adoecer como única e insubstituível de cada um.

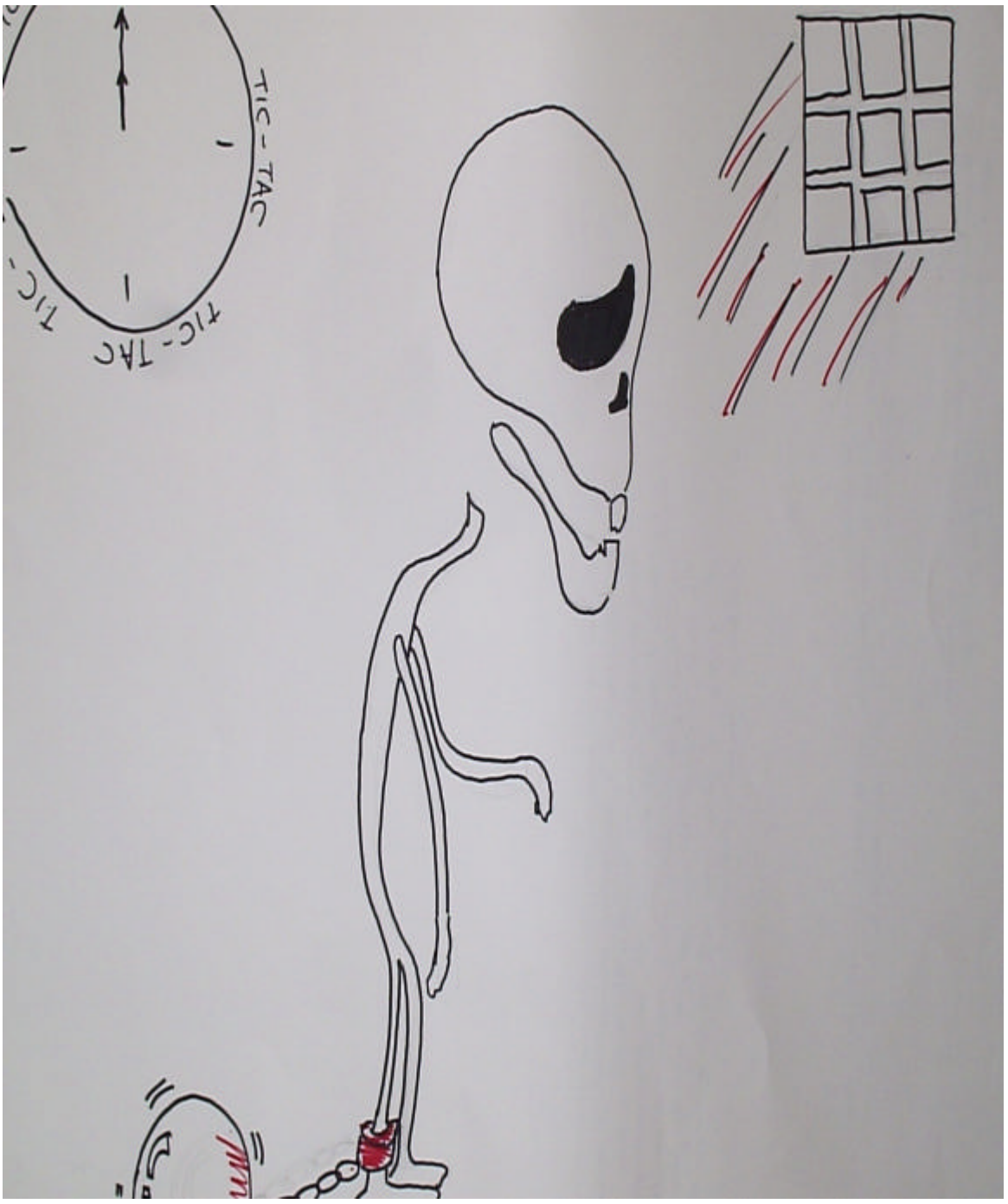
A vivência de uma doença orgânica, por parte do paciente, segundo Zimerman (1992) é revestida de significados simbólicos em que a doença concretiza sentimentos profundos de desamparo, medo e o reconhecimento que se é mortal.

Em um encontro da ABRELA realizado em 2005 foi solicitado aos cuidadores e pacientes que fizessem um desenho sobre um paciente com ELA, onde estas questões foram reafirmadas.

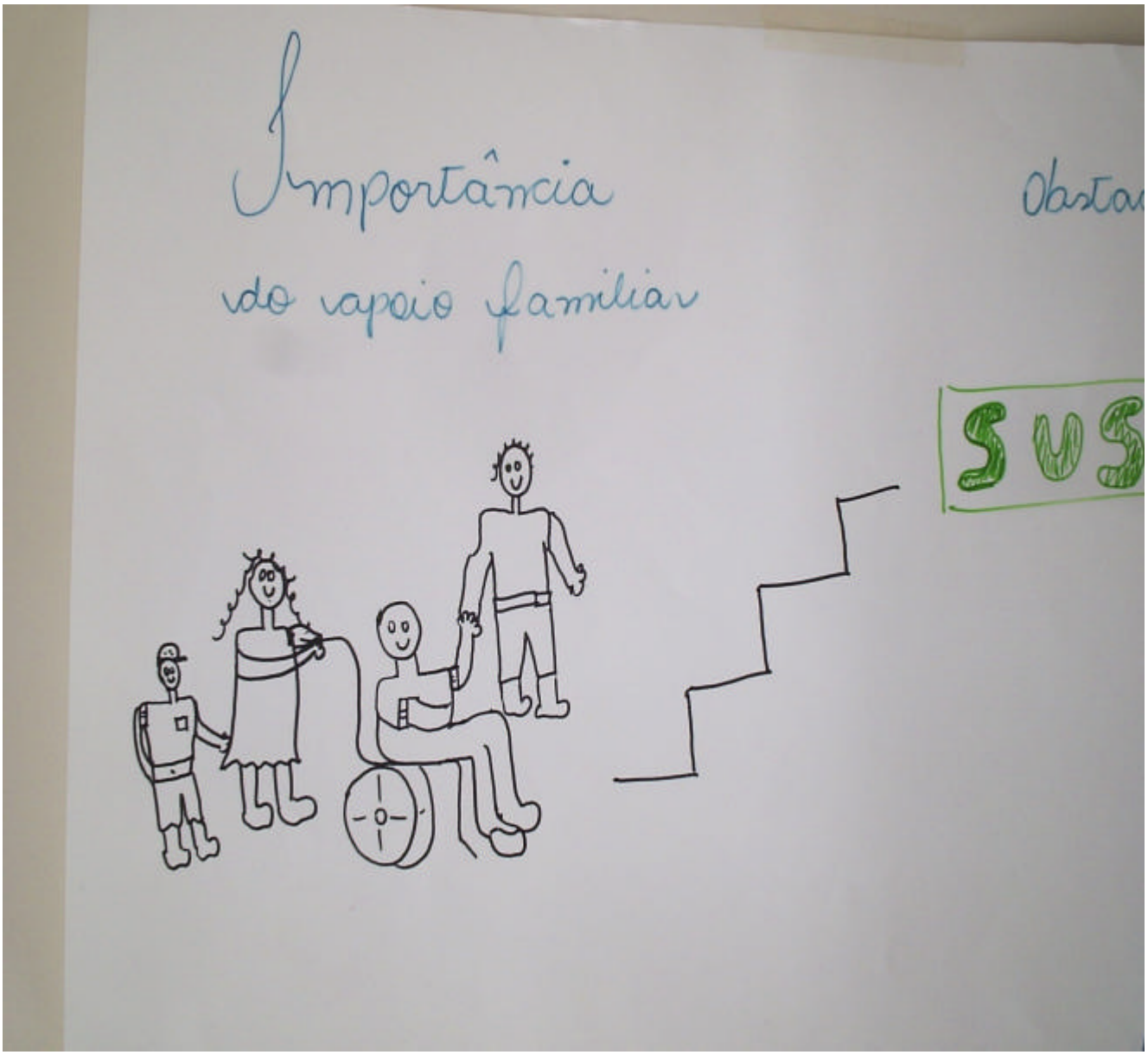
Os desenhos foram os mais diversos: haviam desenhos que revelaram medo, angústia e desesperança e outros em que revelaram esperança, amparo e aconchego da família.

Trinca (1984) em seu trabalho sobre psicodiagnósticos, desenvolve a idéia que “através dos desenhos é possível observar a imagem corporal que o sujeito tem de si mesmo, a estrutura psíquica que o constitui e a capacidade de o indivíduo orientar-se e conduzir-se em uma situação determinada, adaptando-se a ela”. (p.64)

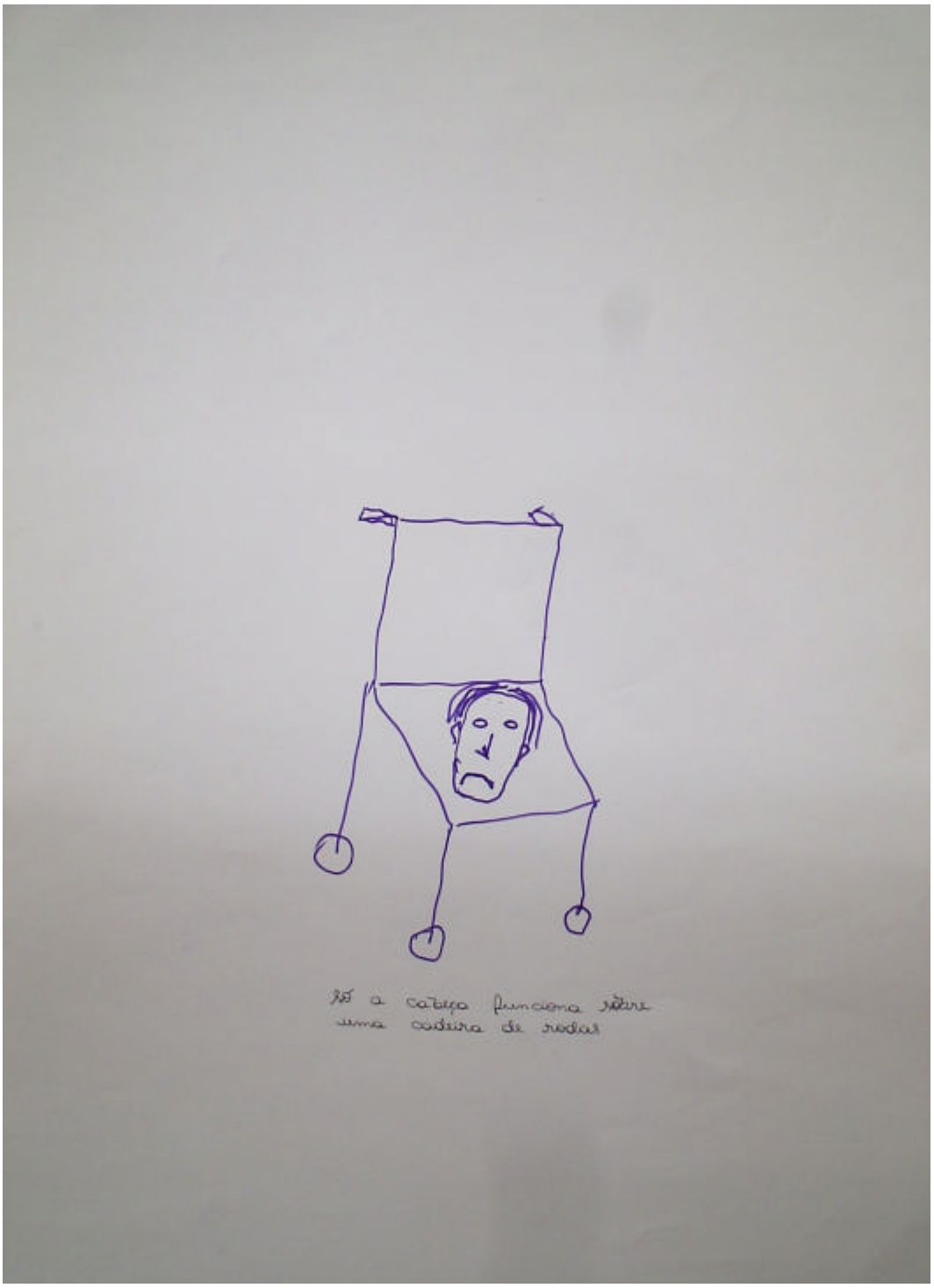
Seguem alguns desenhos em que estas questões ficaram bastante claras.



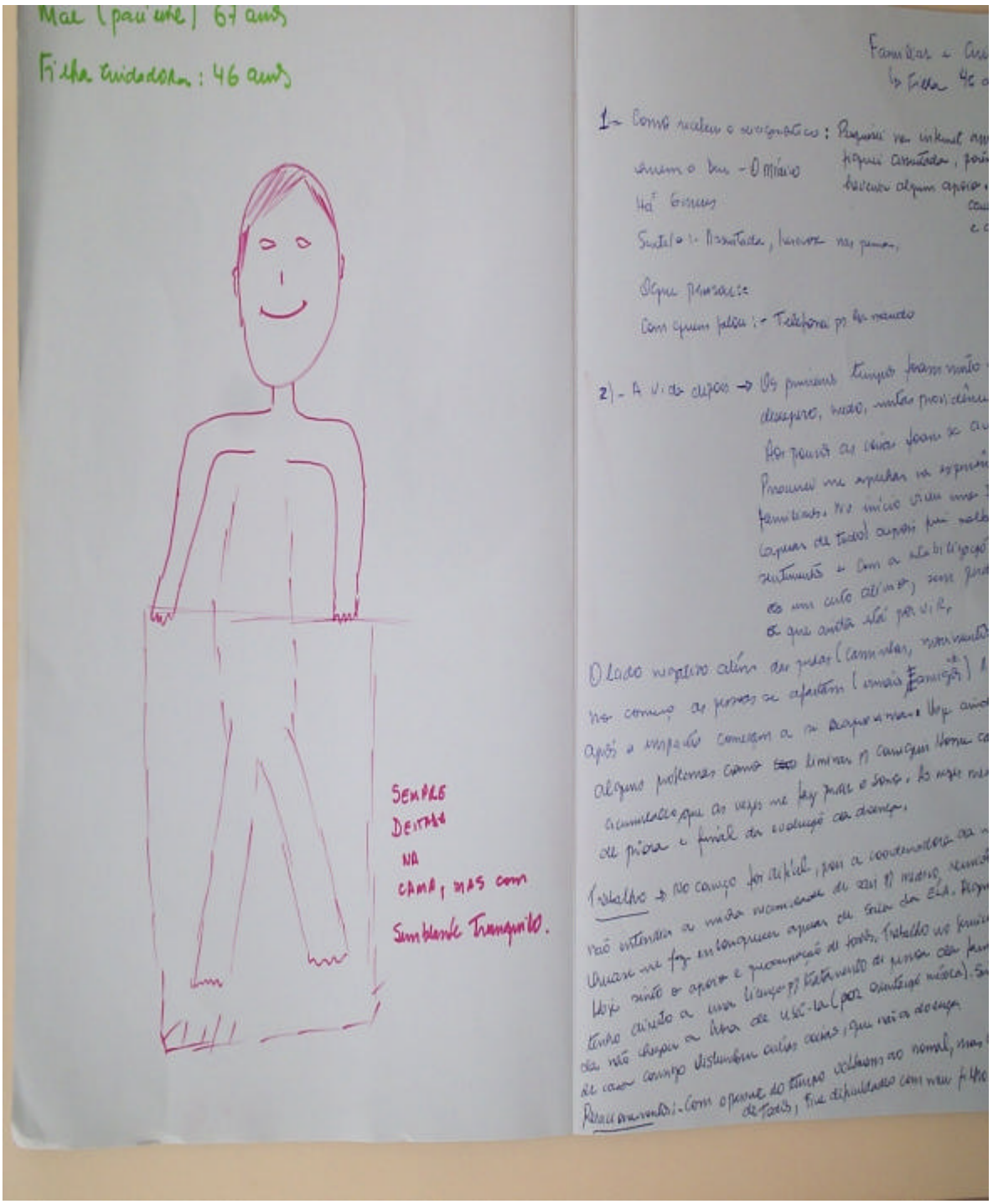
O medo, a falta de perspectiva e a solidão surgem neste desenho refletindo o quanto este paciente está desesperançado e sem perspectiva.



Esta paciente tem clareza do quanto que a doença modificou sua vida e de seus familiares. Mas, ao contrário do anterior, caminha para o tratamento, entrando em contato com seu processso de adoecer. Está rodeada de familiares e amigos. Possui a disponibilidade de partilhar este momento difícil e de sofrimento.



Este por sua vez, revela como se percebe: imóvel, incapaz, somente “a cabeça” sobreviveu a todo este processso, mas de alguma maneira busca saídas, como por exemplo, a igreja. Seu corpo e sua vida ficaram reduzidos a uma cadeira e a uma cabeça.



Paciente deitada na cama, mas com semblante tranqüilo, apoiada e cuidada pela filha de 46 anos, revelando apoio, cuidado e acima de tudo, esperança.

Os desenhos revelaram claramente como a vivência do adoecer é subjetiva e própria de cada paciente, como cada um pode viver tal situação, o que nos remete de como foram registradas e vividas as primeiras relações objetais no que se refere ao acolhimento e sustentação da própria angústia.

A partir desta constatação temos clara a importância deste Projeto, tanto para os pacientes portadores de ELA, cuidadores e familiares, como também para os tutores e os profissionais de saúde que lidam com esta doença.

Os alunos e colaboradores periodicamente fazem relatórios que subsidiam nossas discussões clínicas, realizadas semanalmente e que através dos mesmos, fica claro o quanto este projeto contribui para o crescimento e formação dos alunos, assim como a melhoria da qualidade de vida para os pacientes portadores de ELA, seus cuidadores e familiares.

Exemplificamos alguns trechos escritos pelos alunos e colaboradores tutores, que refletem a escuta, o olhar, o amparo e o acolhimento aos pacientes. Os nomes citados abaixo são fictícios:

"... Janete falou em alguns momentos, e algo que é recorrente, imaginar o marido a entendendo, fazendo o que ela quer sem pedir, como se ele tivesse que saber do pensamento dela. Daí me veio uma imagem de Janete criança esperando um adulto vir brincar, perceber que ela está precisando de um carinho, de um brincar. Dissemos isso para ela e então ela lembrou-se de algumas memórias de crianças que corroboravam essa imagem..."

"Ao longo dos atendimentos, vivenciamos a colocação da sonda nasal, sua substituição pela sonda gástrica, uma internação hospitalar por pneumonia, o fim dos movimentos nas pernas e o fim da tentativa de pronunciar as últimas palavras. Sr. Pedro se encontra hoje com poucos e restritos movimentos (nos olhos e levemente nos pescoço). Atualmente é amparado por sua filha, esposa, netas e dois enfermeiros (um de manhã e um de noite). Acompanhamos sua piora sempre com o coração apertado, preocupadas com sua saúde, com a evolução rápida de seu quadro, com o medo de nos deparar com sua morte. "

"O impacto de ver a evolução da doença me sensibiliza demais e fico muito assustada de saber que a doença não tem causa certa e nem cura. Tenho muito medo de ter que enfrentar essa doença futuramente ou, estar no papel de cuidadora que, segundo minhas experiências, parece mais agonizante e mais penosa do que ser o próprio doente. Fico imaginando que não suportaria essa situação pela qual Sr. Pedro está

passando e assim, sinto-me muito conectada com o paciente e sua família. Sofro muito pela possibilidade inevitável da morte dele mas, ao mesmo tempo, penso que a morte seria um meio de acabar com todo o sofrimento pelo qual ele passa. Acredito que, como tutora, também vivo uma grande ambivalência."

"Já estou atendendo um paciente, e não poderia simplesmente deixá-lo por questões particulares minhas com o Projeto. Mais que uma questão de ética, é uma questão de postura frente ao ser humano e frente à própria atuação em Psicologia. Por que digo postura e não ética? Pois a ética quase sempre passa uma imagem de regras, já uma postura, demonstra um modo de ser, o que é mais profundo e forte. Assim, adotando uma postura voltada para o paciente, segundo uma Psicologia crítica e capaz de melhorar a qualidade de vida das pessoas, continuo no Pprojeto, orgulhoso de poder participar desses atendimentos e experiências, acreditando na construção de uma Psicologia voltada para a promoção da saúde e qualidade de vida."

"No momento em que escrevo esse relato, algo novo que vem ganhando importância é a necessidade de lidar com meus próprios sentimentos, testar os limites do que é suportável para mim, mais precisamente, em relação ao fato da paciente ter tido recentemente um abatimento em seu estado de saúde, aparentemente estável desde o início do atendimento. Para que eu também não me abatesse, psicologicamente, foi preciso que eu repensasse os limites da relação estabelecida entre eu e a paciente, levando-se em conta que há um vínculo afetivo formado que não pode ser desconsiderado – ao mesmo tempo que deva ser evitado um embotamento daquilo que delimita a relação profissional do psicólogo e paciente e possibilita a relação terapêutica."

Estas reflexões dos nossos alunos como tantas outras no decorrer do Projeto nos sensibiliza a medida que constatarmos o crescimento humano dos mesmos, bem como o apoio emocional que estão proporcionando aos pacientes portadores de ELA, seus cuidadores e familiares. São alunos de Psicologia jovens, no pulsar de suas vidas que estão lidando diretamente com a angústia, o sofrimento e o desamparo do outro, conseguindo sem dúvida nenhuma, acolher estes pacientes.

REFERÊNCIAS

ABREU FILHO, A.G. et al. Estudio de la personalidad de un paciente portador de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) con uso del método de Rorschach: Comparaciones entre los sistemas de evaluacão de Anibal Silveira y el sistema comprensivo de Exner. XVIII Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos. Universita de Barcelona. España, 2005.

ABREU FILHO, A.G. et al. Manifestaciones del sufrimiento humaño. Evaluacão, comprensão y formas de intervencão a los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica. Estudio Comprensivo y soporte emocional. Anais VII Congreso Argentino de Rorschach en la Universidad. Buenos Aires, 2004.

Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica. ABRELA: informação e documentação: referência – elaboração. São Paulo, 2003.

BARUS-MICHAL, J. - Bulletin de Psychologie v. 54 (2) 452 março-abril, 2001.

BLEGER, J. - Temas em Psicologia. São Paulo. Martins Fontes, 1971.

GOODE, K. T., HALEY, W.E., ROTH, D. L., & FORD, G. R. - Predicting longitudinal changes in caregivers physical and mental health: a stress processs model. *Health Psychology,* 17, 2, 190-198, 1998

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer - São Paulo,Martins Fontes,1998

_____ - O Túnel e a luz – Reflexões essenciais sobre a vida e o morrer – São Paulo -Versus Editora, 2003.

PARKES, C. M. – Luto – Estudos sobre a perda na vida adulta. – São Paulo – Summus Editorial, 1998.

STEINER, A.L.F. et al. *ABRELA E APOIAR – Relato de Experiências.* In: Tardivo; L.S..P.C; Gil; C. A. et al. Anais da III Jornada Apoiar: Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: O Papel da Psicologia Clínica Social. Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

TRINCA,VALTER - Diagnóstico Psicológico: Prática Clínica -São Paulo: EPU, 1984

ZIMERMAN, D.E. - A Formação Psicológica do Médico. In MELLO FILHO,J. - Psicossomática Hoje. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

OFICINA PSICOTERAPÊUTICA DE CARTAS, FOTOGRAFIAS E LEMBRANÇAS: DESAFIOS E ESPERANÇA NO CONTEXTO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Claudia Aranha Gil[31]
José Waldemar Turna[32]
Tania Aiello-Vaisberg[33]
Leila S.L.P. Cury Tardivo

INTRODUÇÃO

A apresentação desta forma de enquadre clínico diferenciado, insere-se em um contexto de pesquisa/intervenção que vem sendo desenvolvido em hospitais psiquiátricos em parceria com o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (IPUSP). Com o objetivo de propiciar pesquisas interventivas que visam as mais diversas manifestações do sofrimento humano, temos realizado trabalhos em vários âmbitos, baseados na utilização do método psicanalítico e fundamentados na teoria que tem em Winnicott um de seus principais inspiradores.

Neste sentido, nos últimos anos, podemos destacar a realização de pesquisas relacionadas à assistência a moradores de instituição psiquiátrica e reinserção social (TARDIVO ET AL, 2005) [34], sobre o uso de técnicas projetivas utilizadas com pacientes psiquiátricos (TARDIVO ET AL, 2006) [35] e mais recentemente ainda sobre a realização

[31] Doutoranda em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.Pesquisadora do projeto APOIAR –Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social e psicóloga responsável pela Oficina psicoterapêutica de Cartas,Fotografias e Lembranças na Ser e Fazer –IPUSP.

[32]Psicanalista,Mestrando em Psicologia Clínica - PUC (SP),diretor técnico do Hospital Psiquiátrico São João de Deus.

[33] Professora Livre-Docente pelo IPUSP.Orientadora dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia clínica do Instituto de Psicologia da USP e da Pontifícia Universidade Católica de Campinas;coordenadora da Ser e Fazer-oficinas psicoterapêuticas de criação.

[34] Trabalho intitulado :"Uma proposta de trabalho em saúde mental:assistência a moradores de instituição psiquiátrica e reinserção social:possibilidades e dificuldades".Apresentado no 30 Congresso Interamericano de Psicologia,Buenos Aires,2005.

[35] Trabalho intitulado:"TAT segundo a Escola francesa em pacientes internadas em Hospital Psiquiátrico: estudo preliminar".Apresentado no IV Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e métodos projetivos,Brasília,2006.

de Oficinas Psicoterapêuticas em Hospitais psiquiátricos como proposta que integra ensino, pesquisa e intervenção (GIL e TARDIVO,2007).[36]

A realização da Oficina Psicoterapêutica de Cartas, Fotografias e Lembranças ocorrem como continuidade ao projeto de Encontros e Consultas Terapêuticas anteriormente desenvolvidas na instituição. Este trabalho tem uma dupla finalidade: criar um espaço de escuta e continência para os pacientes psiquiátricos internados, por meio das Consultas Terapêuticas (WINNICOTT,1971/1984) e possibilitar a participação de estudantes de Graduação que cursem as disciplinas relativas à área de Psicopatologia, propiciando assim, sob a orientação de profissionais da área clinica, a vivência e o contato com os pacientes, constituindo assim uma experiência rica também em aprendizado. Embora não seja nosso objetivo nos aprofundarmos neste tema, vale destacar estas duas vertentes , finalidade terapêutica e aprendizado, que em nosso entender são plenamente integradas, à medida que, sob uma perspectiva eticamente orientada, concebemos a participação dos alunos em um contexto de pesquisa interventiva que por meio um encontro inter-humano, tem com relação aos pacientes atendidos objetivos psicoterapêuticos.

Cabe destacar portanto que, tanto no que diz respeito aos aspectos teóricos quanto práticos, temos estabelecido uma postura ética que se revela contrária à mera exposição de pacientes psiquiátricos internados cuja finalidade é somente relacionada à aprendizagem dos alunos em detrimento do benefício ao paciente.

A Oficina Psicoterapêutica que ora focalizamos neste estudo, foi baseada em um modo de intervenção psicanalítica que utiliza enquadres clínicos diferenciados à luz da teoria Winnicottiana, que vem sendo denominado “Estilo Clínico Ser e Fazer”, pois diz respeito aos trabalhos realizados no âmbito da Ser e Fazer – Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, serviço este também pertencente ao Laboratório de Psicologia Clínica Social, coordenado pela Professora Livre- Docente Tânia Aiello-Vaisberg,que tem abrigado tanto Oficinas no espaço institucional da Universidade de São Paulo como em instituições diversas.Assim, temos realizado há quatro anos, no bloco de serviços do IPUSP, a Oficina Psicoterapêutica de Cartas, Fotografias e lembranças, que marcada pelo caráter inclusivo que tem norteado nossos trabalhos,

[36] Trabalho intitulado : “Oficinas Psicoterapêuticas no Hospital Psiquiátrico: uma proposta de ensino e pesquisa/intervenção.” Apresentado no II Congresso Argentino de Saúde Mental e II Congresso Interamericano de Saúde Mental,Buenos Aires,2007.

atende a pacientes de idades e demandas diversas, representando assim uma experiência bastante frutífera e de grande potencial mutativo.(MACHADO ET AL,2003).

Nesta perspectiva, considerando que os Enquadres Clínicos Diferenciados, constituem-se em settings alternativos nos quais o método psicanalítico pode ser concretizado com rigor (AIELLO-VAISBERG, 2004), as Oficinas Psicoterapêuticas, a partir de materialidades mediadoras, visam oferecer um ambiente terapêutico, que possa favorecer o crescimento emocional e o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo, criando condição de sustentação emocional e a recuperação do gesto criativo, podendo assim gerar mudanças.A apresentação da materialidade mediadora em cada oficina tem a função de facilitar o gesto espontâneo, fazendo com que o paciente saia de um estado de passividade e possa agir sobre o mundo, recuperando a possibilidade portanto da capacidade de existir de modo criativo (AIELLO-VAISBERG, 2004). A apresentação da materialidade é vista também como um elemento facilitador do brincar, podendo ser considerado como um paradigma do Jogo do rabisco proposto por Winnicott (1968/1994).

Como proposta interventiva no âmbito clínico, com potencial para ser desenvolvida também em equipamentos de saúde mental públicos e privados, iniciamos a Oficina Psicoterapêutica de cartas, fotografias e lembranças com quatro pacientes internados em instituição Psiquiátrica dirigida à pacientes masculinos na cidade de São Paulo. Como uma instituição alinhada com os atuais preceitos da promoção de saúde mental, tem um modelo que se propõe à assistência focada no período de crise, realizando dentro do possível, internações breves.

Iniciamos o trabalho com a proposta de realização da Oficina em cinco encontros semanais, com cerca de uma hora de duração, convidando os pacientes para que trouxessem cartas, fotografias, objetos ou ainda lembranças de qualquer natureza. Um quadro magnético, auxiliado por imãs, recebe e sustenta os diferentes objetos trazidos em cada sessão, sendo que no conjunto ocorre a manifestação de uma expressão coletiva no espaço potencial criado, mas que conserva também o particular e singular de cada indivíduo.Após afixar os objetos, nos dispomos ao redor do quadro e é aberto um espaço para conversarmos sobre o material trazido.

A seguir, apresentamos, a titulo de ilustração, as narrativas relativas ao acontecer clínico nas duas primeiras Oficinas Psicoterapêuticas realizadas.

O Primeiro Encontro: As Lembranças da Dor

Após alguns anos de vivência da Oficina na Universidade, eu aguardava com ansiedade e também certa apreensão, a realização da Oficina dirigida aos pacientes que estavam internados no hospital psiquiátrico.Todos nós, terapeuta, alunos e pacientes, sentamos ao redor do quadro magnético.Marcos[37],policial de 38 anos, a cerca de dois meses internado pela segunda vez devido ao alcoolismo e depresssão trouxe fotografias de sua esposa e filhos e uma carta escrita pela filha mais velha, de 10 anos.Esperando que ele começasse a falar, nos surpreendemos com o pedido para que eu lesse a carta recebida no dia anterior, pois ele ainda não havia tido coragem para fazê-lo.A leitura da carta faz brotar ao mesmo tempo as palavras carinhosas da filha, a emoção estampada na fisionomia dos alunos e pacientes revelada na minha própria voz embargada e as lagrimas de Marcos.Ainda impactados, os demais pacientes começaram a falar sobre a importância da família e dos filhos, sendo segundo eles, a única razão que os parecia manter vivos, suportando tanto sofrimento e mesmo assim buscando forças para melhorar.

Roberto, também policial, 33 anos, já internado algumas vezes também devido à depresssão, álcool e drogas, disse que por dentro sentia-se morto, já havia tentado mesmo se matar, mas que sabia que estava vivo pela sua filha. Julio é funcionário de uma escola, tem 35 anos.Disse que no início gostava do trabalho, mas que aos poucos tudo estava o deixando no inicio irritado e depois muito triste.Ele fala da depresssão e também das tentativas de suicídio.Hoje, como Marcos e Roberto, acha que deve viver para tomar conta da filha, pois sua esposa está doente.Ele nos conta de algumas vezes, em que ao sentir uma tristeza insuportável, começou a caminhar sem destino, chegando a percorrer a pé uma grande distancia, o que o fazia sentir-se aliviado, pois assim “ele não pensava em nada”.

Marcos fala ainda sobre as fotografias que trouxe, ou ainda a lembrança de um período anterior da sua vida em que sentia alegria.Aos poucos, vai recuperando sua historia, o sonho de ser policial e o orgulho que aos poucos foi se transformando em desconforto, vergonha, bebida drogas ‘e violência.O discurso de Marcos trazia muito sofrimento e dor.Logo, Roberto e Julio passam a contar também sobre suas dificuldades profissionais e mais uma vez as falas marcadas pela depresssão e

[37] Os nomes utilizados nas narrativas são fictícios, visando preservar a identidade dos pacientes.

tentativas de suicídio se tornam o ponto central da conversa.Carlos, também policial, acompanha tudo atentamente, mas quando encorajado prefere não falar, embora manifeste o desejo de continuar participando do grupo.

Observo os alunos e vejo estampada em suas fisionomias à sensação, depois confirmada na conversa com eles, de impotência e, segundo eles; também da incapacidade de trazer algo terapêutico que representasse a possibilidade de cura.Após a despedida dos pacientes pudemos conversar sobre essas questões à luz dos conceitos de Winnicott e como era, por vezes, difícil garantir a nossa presença, buscando colocar as questões em marcha, oferecendo uma sustentação emocional aos pacientes e procurando entender à cura, não como somente a supressão do sintoma, mas como possibilidade de cuidado do sofrimento; principalmente quando se trata de uma dramática que nos exige tanto.

O Segundo Encontro: Lembrar e Sonhar

Começamos a Oficina com a presença de Marcos, Julio e Roberto, pois Carlos havia recebido alta. Roberto trouxe diversas fotografias de sua família.Conta que havia pedido à esposa que trouxesse as fotos de sua casa para que pudesse mostrar ao grupo.Fala sobre uma “época boa” de sua vida, onde havia festas, a presença da esposa, da filha e de uma tia que gostava muito dele.Ressente-se da ausência de visita do pai, que havia prometido não mais visitá-lo em uma nova internação.

Ao falar sobre as suas famílias, Marcos e Julio dizem que Roberto é o “campeão dos casamentos” .Neste momento o grupo parece mais relaxado, brincam com Roberto, enquanto ele vai enumerando os seus vários relacionamentos.Ele nos conta também que acha que devido aos seus problemas, acabava atrapalhando a vida das companheiras, que não conseguiam continuar com ele.Tudo isso o fazia se sentir sempre muito mal e culpado.

Em vários momentos os pacientes trouxeram questões sobre o medo e a angustia ao imaginar o dia em que sairiam do hospital.Marcos nos conta como o seu final de semana havia sido difícil, pois havia recebido a visita da esposa e dos filhos para comemorar o seu aniversario.Nesta ocasião ele havia sentido, ao mesmo tempo, muita vontade de ir embora e um grande medo, pois ainda não se sentia preparado para

enfrentar a sua vida.Julio diz que esta também é sua angustia, pois o psiquiatra já havia lhe dado alta, ficando a seu critério o momento de deixar o hospital.

Conversamos sobre como é, muitas vezes difícil decidir algo a nosso respeito, se responsabilizar.Julio disse que precisava sair porque a vida continuava, não poderia viver para sempre no hospital.Durante uma licença breve já havia percebido o quanto o mundo lhe parecia estranho e difícil de se adaptar.Marcos e Roberto concordam com ele, dizendo sobre a sensação de estranhamento com o mundo, da raiva por ter que dar explicações às pessoas, do olhar do outro que julga e recrimina.Após um silêncio, Julio disse que acha que o medo do qual falam, na verdade é deles mesmos.

Marcos fala que se sente diferente dos colegas de trabalho, pois apesar de seus problemas ele tenta se tratar, o que não acontece com outras pessoas que conhece que tem o mesmo tipo de problema.Quer que a saída do hospital “dessa vez” seja diferente.Faz planos de trabalhar no canil da policia, gosta muito de cachorros.Roberto fala também de seus planos para o futuro: mudar-se para o interior, jogar dominó na praça com os amigos, cuidar de uma plantação.Julio também se coloca, quer mudar de emprego e almeja uma vaga na biblioteca da escola, pois seu sonho é aprender a restaurar livros.

Terminamos a sessão com certo sentimento de alivio, pois desta vez a Oficina não fora tão tensa e pesada.Falar sobre sonhos e planos para o futuro pareceu representar para todos nós, terapeuta, alunos e pacientes, uma nova perspectiva.

Reflexões sobre o acontecer clínico

Ao narrar de forma breve o acontecer clínico relativo às Oficinas Psicoterapêuticas realizadas no Hospital, pensamos que é possível refletir sob vários pontos de vista. No entanto, gostaríamos de enfocar as questões relacionadas à potencialidade terapêutica desta forma de enquadre, bem como o que diz respeito à materialidade mediadora utilizada.

Considerando a expressão proposta por Machado e Aiello-Vaisberg (2003) que designam às cartas e fotografias trazidas a sessão como “objetos dramáticos”, acreditamos que estes, ao pertencer à história de vida de cada um acabam por presentificar uma experiência emocional significativa do passado, Como catalisadores

deste processso, devemos levar em conta a narrativa feita pelo paciente, à medida que fala de suas lembranças e o lugar de acolhimento e possibilidade de compartilhar emoções que este objeto lembrado passa a ocupar, à medida que repousa no espaço potencial criado na representação do quadro magnético.

Neste contexto, o ato de lembrar assume um papel de destaque. Freud, no artigo intitulado Recordar, repetir e elaborar (1914) retoma o lugar da hipnose utilizada nos primórdios da psicanálise, para que o paciente pudesse, por meio da recordação, focalizar o momento da formação do sintoma. Já com esta teoria abandonada.Para Freud, o recordar no tratamento psicanalítico acaba por assumir a forma de repetição à medida que o paciente não consegue superar as resistências devido aos conteúdos que ficaram reprimidos.È, no entanto *o caminho da transferência* que pode conduzir a elaboração das resistências, fazendo surgir assim às lembranças.

Winnicott (1945/2000, p.226), quando discorre sobre o desenvolvimento emocional primitivo, fala de uma não-integração que leva a estados dissociados. Porém, é pensando no processso do sonho, que ele faz uma interessante relação entre o lembrar e a superação destes estados: *"Quando o sonho não é apenas sonhado, mas também relembrado, ocorre uma experiência de grande valor exatamente pelo fato de que assim a dissociação perde mais espaço"*

Desta forma, podemos pensar que é justamente a possibilidade de lembrar e compartilhar estas lembranças com o grupo, em um ambiente sustentador, em que exista o *holding* oferecido pela terapeuta e pelo próprio grupo, que torna possível o criar/encontrar do paciente, levando deste modo a uma resignificação do passado no presente e ao mesmo tempo a criação de perspectivas futuras, trilhando um caminho em direção a uma forma mais integrada de ser e estar no mundo.

Salvarezza (1945), psicanalista argentino que desenvolve estudos sobre o envelhecimento, aponta que o aumento da interioridade possibilita o acesso às reminiscências, que por sua vez, contribuem de modo efetivo para que ocorra a integração do sujeito, sendo ainda um fator de proteção contra os estados depresssivos. O autor faz ainda uma distinção da maneira nostálgica de recordar, onde são enfatizadas as perdas e a volta ao passado vem carregada de grande sofrimento.

Voltando ao acontecer clínico das Oficinas, no primeiro encontro o lembrar dos pacientes nos pareceu, neste sentido, com uma maior tendência à nostalgia, pois nos sentimos como que invadidos pelos conteúdos trazidos de violência, depresssão e morte.A tentativa de estar presente, de modo vivo e real, sem dissociações a um

compartilhar de experiências emocionais tão dramáticas contribuiu, segundo o nosso ponto de vista, para que o segundo encontro acontecesse de forma diferente.Pudemos sentir então que os pacientes, menos deprimidos, embora trouxessem ainda uma grande carga de angustia, estavam, ao conseguir fazer uma ponte com o futuro, mais próxima de um lembrar-se das reminiscências, portanto também menos dissociados.

Durante o processso psicoterapêutico, sentimos que a materialidade utilizada propiciou um grande envolvimento por parte dos pacientes que se sentiram, não obstante a condição da internação, motivados em trazer cartas, fotografias e lembranças e participar do grupo, não só nas sessões descritas, mas também em outros dias de Oficina, mostrando interesse inclusive em continuar participar mesmo após a alta hospitalar.

Acreditamos que a Oficina Psicoterapêutica de cartas, fotografias e lembranças constituem, portanto, para todos que participaram do grupo, seja a terapeuta, alunos e pacientes, em uma experiência bastante rica e significativa, onde o lembrar pode ser entendido como possibilidade de integração do Self, rumo a uma existência mais criativa e próxima de si mesmo, em uma clínica, que eticamente orientada segundo o método psicanalítico, se pretende capaz de, ao superar as dissociações, ser mais verdadeira e próxima ao acontecer humano.

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Ser e Fazer: *enquadres clínicos diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida. SP: Idéias e Letras, 2004.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar. In*: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, três. Ed.Rio de janeiro: Imago, 1990.V.12.(Trabalho original publicado em 1914).

GIL, C.A;TARDIVO, L.C.;TURNA, J.W;CAUTELLA, W. Oficinas Psicoterapêuticas em El hospital psiquiátrico: uma propuesta de Enseñanza Y Pesquisa/Intervencion. IN: *Anais do II Congresso Argentino de Salud Mental e II Encontro interamericano de Salud Mental.* Buenos Aires, 2007.

MACHADO, M.C. L; AIELLO-VAISBERG, T.M. J; GIL, C. A; TARDIVO, L.S.L.P. Oficina Psicoterapêutica de cartas, fotografias e lembranças: uma experiência dramática. In: AIELLO-VAISBERG, T.M.J, AMBROSIO, F.F. (org.).*Cadernos Ser e Fazer*: Apresentação e materialidade.São Paulo.Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003.

SALVAREZZA, L. *Psicogeriatria teoria y clínica*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

TARDIVO, L.S.L.P.C; VIEIRA, M.M, GIL, C.A.;STEINER,A.L.F.;Uma proposta de trabalho em saúde mental:assistência a moradores de instituição psiquiátrica e reinserção social:possibilidades e alcances.IN: *Anais do XXX Congresso Interamericano de Psicologia.* Buenos Aires, 2005.

TARDIVO, L.S.P. C; GIL, C.A. STEINER, A.L. LELÉ, A.J. CAUTELLA,W.;TAT segundo a Escola Francesa em pacientes internadas em hospital psiquiátrico:estudo preliminar.IN:I*V Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos.*Brasília,2006.

WINNICOTT. D.W. O desenvolvimento emocional primitivo. In: Textos selecionados: *da pediatria a psicanálise*.Rio de Janeiro: Francisco Alves, 2000.(Texto original publicado em 1945).

WINNICOTT, D.W.O jogo do Rabisco (Squiggle Game).WINNICOTT, C; SHEPHAR, R. (Org). *Explorações psicanalíticas*.Tradição de José Otavio de Aguiar Abreu.Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Trabalho original publicado em 1968).

WINNICOTT, D.W. *Consultas Terapêuticas em psiquiatria infantil*. Tradução de Josetti Xisto Cunha. Rio de Janeiro, Imago, 1984.(Trabalho original publicado em 1971).

OFICINA PSICOTERAPÊUTICA COMO PROPOSTA DE UM ENCONTRO INTER-HUMANO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Denir Camargo Freitas[38]
Cláudia Aranha Gil[39]
Leila S. P. Cury Tardivo

INTRODUÇÃO

Este trabalho é o relato de experiência realizada, durante o segundo semestre de 2007, na Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima pela equipe do projeto de Saúde Mental do APOIAR e alunos-estagiários[40] do segundo ano do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo, na disciplina de Psicopatologia. A experiência é parte do Projeto de Pesquisa/Intervenção: "Encontros e Consultas Terapêuticas em Hospital Psiquiátrico" coordenado pelos Professores Associados Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo e Francisco Assumpção Júnior, docentes da disciplina de Introdução à Psicopatologia, dos referidos curso e universidade. Estão reunidas na experiência duas finalidades, sendo uma a de criar um espaço de escuta e continência para pacientes psiquiátricos com episódios de internação e a outra a de possibilitar o primeiro contato de estudantes de graduação em Psicologia, com o paciente psiquiátrico. Desta forma, os objetivos da pesquisa são: o objetivo terapêutico em relação aos pacientes, de verificar, portanto, se a forma de intervenção usada se presta para a escuta e continência propiciando a compreensão e a minimização de

[38] Psicóloga Clínica, Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, membro da equipe do projeto de saúde mental do APOIAR.
[39] Psicóloga Clínica, Doutoranda em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, membro e coordenadora do projeto de saúde mental do APOIAR.
[40] Victor Barão F. Vieira aluno-monitor 4º.ano do Curso de Psicologia do IPUSP
Gabriela Vendramini aluna-monitora 4º.ano do Curso de Psicologia do IPUSP
Ana Luiza Milioni aluna-monitora 4º.ano do Curso de Psicologia do IPUSP
Danilo C. Adomaitis aluno 2º.ano do Curso de Psicologia do IPUSP
Mariana de Camargo Penteado aluno 2º.ano do Curso de Psicologia do IPUSP
Melanie Mendoza aluna 2º.ano do Curso de Psicologia do IPUSP
Miriam Grajew aluna 2º.ano do Curso de Psicologia do IPUSP
Milena Rendrika aluna 2º.ano do Curso de Psicologia do IPUSP
Omar Calazans aluno 2º.ano do Curso de Psicologia do IPUSP
Roseli Alves Gueléri aluna 2º.ano do Curso de Psicologia do IPUSP

manifestações do sofrimento das pacientes; e o objetivo da aprendizagem dos alunos-estagiários.

As Oficinas Psicoterapêuticas possuem um contexto próprio por meio de enquadres clínicos diferenciados inspirados nos pressupostos teóricos da psicanálise winnicottiana. Têm um estilo clínico onde, aos pacientes atendidos em grupo, são apresentadas materialidades de diversas naturezas com o objetivo de facilitar a comunicação emocional. Propiciam, assim, um encontro inter-humano entre pacientes e terapeuta que ao favorecer o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo promove o alívio do sofrimento e possibilita a ocorrência de experiências emocionais mutativas (TARDIVO, 2004).

A apresentação da materialidade mediadora (lembranças, fotos ou desenho-livre, neste estudo) por si só, não garante a realização de um trabalho terapêutico (pode ser utilizada com finalidade pedagógica, ocupacional, etc.). No entanto o foco não estando no produto material final da atividade – a qual se torna apenas uma ferramenta – mas sim na relação terapêutica, facilita a expressão do paciente através dessa materialidade.

A oficina terapêutica usa a materialidade como elemento facilitador, assim como Winnicott usava o brincar no Jogo do Rabisco, podendo ser considerada como um paradigma desse jogo proposto por Winnicott. A comunicação entre terapeuta e paciente está sempre embasada no brincar. Ao brincar, tanto o bebê como a criança e o adulto estabelecem uma ponte entre o mundo interno e o mundo externo por meio do espaço transicional. Muitas vezes a criança apresenta no brincar as questões que não consegue relatar em um discurso, é na brincadeira que coloca o material com o qual seu ego ainda frágil não conseguia lidar. O mesmo se passa com o paciente psiquiátrico que faz parte da oficina terapêutica.

A oficina terapêutica cuida do sofrimento, no entanto não tem o sentido de representar o final do processso terapêutico, mas ir além de um diagnóstico. Pretende conhecer para além da doença, conhecer o doente, a pessoa que está presente, com sua vivência, experiência, história de vida. Possibilitando, assim, uma experiência mutativa do paciente com o encontro inter-humano (TARDIVO, 2004).

Na experiência mutativa o paciente desenvolve um viver criativo. Conceito que transcende a criação artística, mas está ligado ao estar vivo e à forma com a qual cada um irá relacionar-se com a realidade externa. Se constitui como um estado saudável, em que o mundo não é apenas algo ao qual o indivíduo tem que se adaptar (submissão). Produz-se em função da experiência do encontro inter-humano e que se fará acompanhar naturalmente pela articulação simbólica"(AIELLO-VAISBERG, 2004). A articulação simbólica se dá pela materialidade usada na oficina terapêutica.

O *holding* ao paciente também é algo determinante nas oficinas, pois, em sua fragilidade, o paciente necessita muito de uma sustentação do ambiente para sua própria integração. A segurança oferecida por tal situação favorece além da integração, a personalização do paciente nas oficinas terapêuticas devido a atenção e o suporte recebidos. Não há, pois, somente uma proposta de atividade, mas um enfoque em lidar com os problemas apresentados através desta.

A possibilidade de lembrar e compartilhar lembranças com o grupo, em um ambiente sustentador, em que exista o *holding* oferecido pelo terapeuta e pelo próprio grupo, torna possível o criar/encontrar do paciente, levando deste modo a uma ressignificação do passado no presente e ao mesmo tempo a criação de perspectivas futuras, trilhando um caminho em direção a uma forma mais integrada de ser e estar no mundo (GIL, 2005).

CASO ILUSTRATIVO

Inserimos, brevemente, para ilustração clínica, trechos de duas sessões de Oficina Terapêutica de desenho-livre em que faziam parte pacientes do referido hospital e alunos-estagiários. Uma das pacientes, "T", 24 anos, está internada há duas semanas. Ela se apresenta como não sabendo porque está ali, no hospital, achando uma atitude exagerada de sua família a internação, pois estava tudo bem com ela. Enquanto desenha diz estar muito feliz em poder estar ali, pois no hospital, apesar de estar rodeada de colegas, sente-se muito só. Gosta muito de desenhar, e é evidente

seu talento nesta área. Desenha um castelo em ruínas* como sendo *seu lugar no Bela Vista*. Respondendo às perguntas interessadas dos alunos-estagiários, explica que ali era onde costumava ir para usar drogas e fugir dos cientistas, que podem estar em toda parte, que queriam estudá-la cortando-a em pedacinhos e depois costurando-a. Acrescenta que sente os *choquinhos* nas articulações dos dedos das mãos até hoje, como seqüelas das cirurgias. Enquanto todos a olhavam controlando para não deixar transparecer o impacto causado por suas palavras. Agora entendíamos porque ela estava ali. Digo-lhe, então, que aquele castelo em ruínas representava ela mesma. Em ruínas, doente, com alguns pedaços estragados e por isso estava ali, para consertar o que não estava bom, tratar-se. Mas o desenho mostrava também, com suas torres imponentes para o alto, a esperança dela em alcançar os seus sonhos de vida, seus planos para o futuro. Concorda, meio admirada com a interpretação do desenho e complementa que não sabe se deve dizer para nós que tem visões e ouve vozes. Quando todos, alunos e pacientes, se mostram interessados em ouvi-la e não julgá-la ou condená-la, ela se abre, finalmente, para os detalhes de sua vida mental e real. Na sessão seguinte T desenha um grande pássaro azul vertendo lágrimas. Ele está dentro de um círculo amarelo que ela chama de Sol, ao seu lado, um pássaro pequenino. Do lado de fora estão vários pássaros pretos se afastando do Sol. Referindo-se ao desenho diz que é um pássaro muito triste. Quando lhe digo que esse pássaro é ela, logo complementa que é ela chorando por estar no hospital, longe de sua família (os pássaros pretos) e de sua filha (o pequenino).

CONSIDERAÇÕES

Em síntese, podemos observar neste caso o alívio que trouxe à paciente falar de sua dor e ser compreendida. E ela só pode obter isso ao usar a materialidade do desenho-livre que facilitou a expressão dos seus sentimentos mais íntimos e do encontro inter-humano entre pacientes, membro da equipe do projeto de Saúde Mental do APOIAR e terapeutas, futuros terapeutas, no hospital psiquiátrico.

* Os desenhos que aparecem no plano de fundo do texto são os desenhos mencionados, feitos pela paciente.

REFERÊNCIAS

GIL, C.A. Oficina psicoterapêutica de cartas, fotografias e lembranças: uma proposta de enquadre clìnico diferenciado no hospital psiquiátrico. In: ANAIS DA III JORNADA APOIAR - ATENDIMENTOS CLÍNICOS DIFERENCIADOS E INCLUSÃO: O PAPEL DA PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL, 2005, São Paulo. Resumos...São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005,p.27.

TARDIVO, L.S.P.C. Informações fornecidas em aula ministrada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em agosto de 2004.

MACHADO,M.C.L. e AIELLO-VAISBERG, T.M.J. O Brincar e a Sexualidade. In T.M.J.AIELLO-VAISBERG e F.F. AMBRÓSIO. *Cadernos Ser e Fazer: O Brincar.* São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2004.

O ENCONTRO INTER HUMANO: RELATO DE EXPERIÊNCIA CLÍNICA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Maria Salete Lopes Legname de Paulo

Leila S.L. Cury Tardivo

RESUMO

O objetivo principal do presente trabalho é apresentar uma proposta de atendimento clínico em forma de "Consulta Terapêutica" como possibilidade de abordagem interventiva para pacientes internados em hospital psiquiátrico. Apresentamos um material ilustrativo de experiência de atendimento realizada em um hospital para pacientes do sexo masculino, como parte do estágio em Psicopatologia, do Instituto de Psicologia da USP, inserido em novas propostas de acolhimento ao sofrimento psíquico. O estudo tem fundamentação teórica psicanalítica no modelo de Consultas Terapêuticas de Winnicott e as entrevistas iniciais são realizadas com finalidade de auxiliar no diagnóstico estrutural da personalidade, bem como favorecer aos pacientes uma experiência de sustentação emocional no espaço potencial criado a partir dos encontros e conforto do intenso sofrimento que os levou à internação. O caso clínico que apresentamos refere-se ao atendimento um homem de 50 anos aproximadamente, internado por intoxicação alcoólica. O processo constou de 5 sessões em que comprovamos o valor terapêutico das primeiras entrevistas, utilizando a capacidade de holding do terapeuta, a identificação e empatia com o paciente, oferecendo um espaço de modo a dar sustentação na realidade às vivências psíquicas do paciente. A avaliação do exame psíquico revelou dinâmica de personalidade depressiva, com tendência ao isolamento afetivo e fuga dos aspectos hostis e frustrantes da realidade, como alcoolizar-se para se anestesiar emocionalmente e não pensar. Os resultados demonstraram que o espaço de continência oferecido, por meio da escuta diferenciada e intervenções precoces mobilizaram uma experiência mutativa e alterações no relato e comportamento do paciente que delineiam importante mudança psíquica. Neste trabalho procuramos ampliar o alcance da clínica psicanalítica, adaptando-a às limitadas condições das instituições, e integrando o atendimento hospitalar de pacientes psiquiátricos com o estudo e experiência inicial de estágio em Psicopatologia.

Palavras-chave: Hospital Psiquiátrico; Consulta Terapêutica; Intervenção.

INTRODUÇÃO

Nosso contato com o sofrimento humano, advindo de vários anos de prática clínica e do atendimento de pacientes em hospital psiquiátrico, tem demonstrado a necessidade do desenvolvimento de novas abordagens que possam adaptar-se às condições limitadas disponíveis nas instituições. Em nosso meio propostas de atendimentos clínicos diferenciados com possibilidade de inclusão têm sido largamente desenvolvidas por Tardivo (2005), coordenadora do projeto APOIAR, pertencente ao Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, do Instituto de Psicologia da USP.

O sofrimento psíquico na experiência de Aiello-Vaisberg (2005), muitas vezes está relacionado a um sentimento de irrealidade dos pacientes, que se relaciona a uma condição de ausência de si, uma fachada de normalidade e adaptação aparente à realidade que oculta uma condição precária de um ser não totalmente constituído internamente.

Para compreender essas dificuldades atuais, bem como desenvolver possíveis medidas de auxílio real, procuramos a base teórica de Winnicott (1984), principalmente no modelo de atendimento em “Consultas Terapêuticas” para expandir a prática clínica no hospital psiquiátrico, com fundamentação teórica psicanalítica. A idéia fundamental é a possibilidade de oferecer um enquadre diferenciado para esses pacientes internados, a fim de criar um espaço de escuta e continência.

Observa-se em seus relatos que Winnicott (1990) já se preocupava com a tentativa de recuperar a psiquiatria da estagnação, procurando desenvolver métodos mais humanos no lugar de simples contenção física ou isolamento dos doentes mentais, seguindo os passos iniciados por Freud. Essa evolução e as principais mudanças de tratamento só foram possíveis no início do século XX com a aplicação da psicologia dinâmica e da psicanálise à psiquiatria clássica da época.

A experiência atual em hospital psiquiátrico tem demonstrado alta incidência de internação de pacientes por motivo de depressão grave, com sintomas psicóticos e risco ou tentativa de suicídio. Para essa compreensão Freud (1973) abordou detalhadamente a psicodinâmica desses mecanismos em seu brilhante trabalho “Luto e

Melancolia", de 1915, principalmente a partir da observação da excessiva tristeza de algumas pessoas ao enfrentar as situações de luto. Ele denominou melancolia a esse quadro clínico em que a pessoa apresenta uma reação patológica à perda.

Freud salientou que as mesmas reações são observadas numa pessoa normal diante de uma perda significativa, porém nos casos patológicos as reações e sentimentos são exagerados e a pessoa não consegue retomar espontaneamente a gratificação de estar vivo. No luto, o mundo parece empobrecido aos olhos do sujeito, mas na melancolia há um empobrecimento do ego e uma extraordinária diminuição do amor próprio, em que o indivíduo sente que é indigno de estima, incapaz de produzir algo valioso e sente-se moralmente condenável. Há um remorso exagerado e um desejo de comunicar publicamente seus próprios defeitos, como se esta humilhação e rebaixamento lhe propiciasse satisfação.

A partir desses primeiros trabalhos muitos outros autores têm contribuído significativamente para compreensão e tratamento dos distúrbios depressivos, tema do presente trabalho. A contribuição inovadora de Winnicott leva em conta o desenvolvimento emocional infantil e as possíveis conseqüências da falha ambiental precoce como uma quebra na continuidade natural do curso da vida mental.

No desenvolvimento de seu trabalho Winnicott (1990) reconheceu o doente mental como uma pessoa com incapacidades porque sofreu privação no desenvolvimento emocional precoce. Para ele saúde mental significava maturidade emocional. Nesse sentido, a capacidade da mãe para compreender e atender as necessidades do bebê tem importância fundamental como causa dos principais distúrbios posteriores.

Winnicott demonstrou que quando a mãe fornece uma adaptação suficientemente boa à necessidade do bebê, a linha natural da vida não fica perturbada. Porém, o fracasso materno em compreender e atender essa necessidade produz conseqüências que interrompem a continuidade do ser e reações excessivas no bebê que geram uma sensação de ameaça de aniquilamento.

A partir do momento que a mãe pode entender as reais necessidades do bebê, desenvolve uma sensibilidade que lhe permite colocar-se em seu lugar para "interpretar" o que ele precisa. As repetidas experiências de ameaça de aniquilação, que não levam a uma aniquilação de fato, são necessárias ao desenvolvimento e

fornecem a base da organização do ego. A partir de tais experiências, das quais o bebê repetidamente se recupera, inicia-se um sentimento de confiança e o desenvolvimento de uma capacidade do ego em tolerar a frustração.

De forma semelhante o analista precisa estar sensível à necessidade de seu paciente para promover certa adaptação ambiental que faltou no processo natural de desenvolvimento. A conseqüência dessa falha leva normalmente a pessoa a sobreviver por exploração reativa de mecanismos de defesa, levando a uma adaptação forçada e superficial. Se o analista não compreende a necessidade ele reproduz a situação fracasso anterior que interrompeu os processos e possibilidade de desenvolvimento emocional do paciente.

Winnicott denominou de falso *self* essa estrutura aparentemente "quase" adaptada, mas que mantém a vida apoiada em um temor de voltar às experiências catastróficas iniciais, que encobre um terror sem nome e o medo de aniquilamento, característicos dos estados psicóticos.

Para Winnicott (1994), desde as primeiras entrevistas, o analista deve tentar oferecer um ambiente de sustentação emocional (*holding*) no qual o paciente possa gradativamente testar e experimentar numa relação humana, aquilo que até então foi uma tentativa superficial de adaptação, para superá-la e poder se desenvolver verdadeiramente. Essa nova experiência vai permitir que a pessoa possa crescer e amadurecer emocionalmente, para alcançar o processo de personalização sobre um verdadeiro *self*.

Em atendimento clínico, Winnicott (1994) enfatizou o imenso valor terapêutico a ser explorado nas primeiras entrevistas em que o psicoterapeuta ocupa o lugar de um objeto subjetivo para o paciente, uma vez que é assimilado por este de acordo com as expectativas e crenças.

Nesse início o paciente comparece mais disposto para informar o terapeuta, ou seja, trazendo maior quantidade de material relativamente não-defendido, do que trará nas outras consultas, quando tiver uma percepção mais objetiva do psicoterapeuta. Assim, as primeiras entrevistas possibilitam um espaço maior de ação e intervenção, uma vez que o paciente mostra-se aberto à ele e fornece elementos necessários para a interpretação profunda e significante.

A partir de sua experiência, Winnicott (1994) descreveu o trabalho em “Consultas Terapêuticas”, salientando que o principal objetivo é oferecer um *setting* humano com base em uma postura diferenciada do terapeuta. Desenvolvendo essa hipótese, Winnicott enfatizou a importância da capacidade de *holding* do analista, ou seja, a identificação e empatia com o paciente para esperar o tempo necessário e dar um espaço para estar ao alcance deste conforme seja necessário, de modo a dar sustentação na realidade às vivências psíquicas do paciente, fazendo uso de qualquer técnica interpretativa que julgue necessária ao caso.

Dessa forma, no início do processo terapêutico contamos com maior disponibilidade interna do paciente em direção à “cura”, termo este tomado aqui no sentido de desenvolvimento emocional, redução de queixas ou alívio de sintomas, conforme definição de Simon (1999) acerca da possibilidade de cura pela psicoterapia psicanalítica.

Essas idéias fundamentam teoricamente o valor terapêutico das entrevistas iniciais, em que o paciente está ansioso por falar dos seus problemas, ávido por ser compreendido e motivado para mudanças.

Em trabalho anterior (Paulo, 2004) demonstramos como o encontro terapêutico e as intervenções psicanalíticas podem ser de extrema utilidade e muitas vezes alteram as perspectivas de vida de uma pessoa, mesmo num processo breve de atendimento psicológico. Oferecer a oportunidade de escuta e acolhimento ao paciente de maneira adequada e profissional mobiliza aspectos internos que leva a pessoa a expor suas angústias, conflito emocional ou a tensão que está vivendo nesse momento de vida.

A partir do exposto, fundamentado teoricamente, com base em experiência e pesquisas anteriores, desenvolvemos um enquadre diferenciado de atendimento de pacientes no contexto do hospital psiquiátrico.

MATERIAL CLÍNICO ILUSTRATIVO

O presente trabalho foi elaborado com base nas sessões realizadas em um hospital psiquiátrico para pacientes do sexo masculino, como parte do estágio em Psicopatologia, trabalho em parceria com o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP, inserido em novas propostas de atendimento ao sofrimento psíquico (TARDIVO, 2005).

Os atendimentos foram realizados por um grupo integrado por uma supervisora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, e cinco estagiários da disciplina de Psicopatologia, do 2º ano do curso de Psicologia da USP.

Partindo da base teórica apresentada anteriormente, iniciamos o atendimento de um paciente adulto no modelo de "Consultas Terapêuticas" e estabelecemos um contrato de uma sessão semanal de 50 minutos, enquanto ele permanecesse internado.

O tempo de internação era indefinido, dessa forma os encontros terapêuticos foram desenvolvidos como unidades com objetivo de oferecer um *setting* humano a partir de uma postura diferenciada. Isto é, realizamos sessões com início, meio e fim, sem a pretensão de dar continuidade, mas fornecendo o espaço potencial de sustentação para as vivências emocionais do paciente no momento do encontro.

Iniciamos a primeira entrevista diagnóstica com os dados de identificação e motivo da internação, expandindo o diálogo para aspectos da vida emocional do paciente. Com base nesses dados, e outros de observação, os estagiários puderam também realizar um relatório do Exame Psíquico do paciente.

DESENVOLVIMENTO CLÍNICO

O paciente, que chamaremos de Pedro, tem 50 anos e estava internado há um mês por intoxicação alcoólica, com dificuldade de abstinência espontânea. Desenvolveu um quadro demencial pela seqüela do alcoolismo crônico, com déficit cognitivo prejudicando principalmente a memória e o raciocínio cognitivo. A abstinência do álcool, nesse início de internação provocou delírios e alucinações.

A queixa principal segundo o paciente, diferentemente do prontuário médico, era de que fora trazido ao hospital devido a um problema de desentendimento com uma funcionária, em seu local de trabalho. Acreditava que a encarregada teria cismado com ele e estava praticando ações para prejudicá-lo.

Durante os atendimentos o paciente negava sempre qualquer problema com bebidas ou drogas e insistia que o motivo de sua internação era para resolver uma questão trabalhista. Numa outra ocasião disse que talvez sua mulher quisesse que ele continuasse internado por causa de um seguro de vida que ele possuía.

Observações

O paciente apresentava boa aparência, cuidados com a higiene pessoal e com sua vestimenta. Disse ser muito quieto e isolado no seu canto. No entanto, no decorrer dos encontros mostrou-se bastante falante e participativo.

Em geral, estava tranqüilo, mantinha sempre o mesmo tom de voz baixo e mesmo quando relatava fatos emocionalmente significativos fazia questão de frisar que não sentia raiva nem ficava nervoso, o único sentimento que verbalizou foi de se sentir injustiçado.

Pedro utilizava muito em suas falas ditados populares para expressar suas idéias e em quase todos os encontros citava: “Cada louco com sua mania”, que seu pai sempre lhe falava, mas que ele só foi realmente entender o significado quando começou a trabalhar no “Juqueri”. Ele contou que no hospital convivia com loucos de ‘verdade’, ele os ajudava a tomar banho, a se vestirem e alguns se tornavam agressivos ficando perigosos.

5.1- DISCUSSÃO

De acordo com o DSM-IV (1994) e a CID-10 (1996) Pedro apresenta os principais sintomas de depressão como: rebaixamento do humor ou humor depressivo a maior parte do dia; redução da energia e da atividade; diminuição do interesse ou prazer nas atividades (anedonia); rebaixamento da capacidade de concentração; fadiga acentuada, mesmo após um mínimo esforço; alteração do apetite e do sono; retardo psicomotor; redução da libido; diminuição da auto-estima e auto-confiança; sentimento de desesperança; sentimento de menos valia; culpa imprópria; sentimento de indignidade; diminuição da habilidade para pensar e tomar decisões.

Mas, a análise mais profunda revela ansiedade persecutória com fantasias de ser injustiçado por outras pessoas, que ele toma como verdade. Sua agressividade projetada nos outros volta-se contra ele como situações ameaçadoras e persecutórias em que as pessoas querem prejudicá-lo sem motivo. Ele acredita nesses delírios criados por sua mente e para se defender busca um isolamento afetivo com distanciamento da realidade, usando a bebida alcoólica para facilitar essa dissociação.

Pedro demonstra também dinâmica de personalidade depressiva, pois a forma de lidar com a agressividade e sentimentos hostis é preferencialmente a fuga, alcoolizar-se para se anestesiar emocionalmente e não pensar. Ou então procura abafar os sentimentos e frustrações dentro de si mesmo, tendendo ao isolamento para evitar conseqüências desastrosas e sentimento de culpa. Dessa forma, os impulsos destrutivos voltam-se contra o próprio ego em mecanismos e atitudes auto-destrutivas como o alcoolismo crônico.

Entendemos a dinâmica psíquica de Pedro, conforme Aiello-Vaisberg (2005), em que os problemas emocionais não superados levam-no ao alcoolismo, como uma forma de se ausentar de si mesmo, na tentativa de evitar e escapar da dor psíquica.

Os ditados populares que repetia serviam para expressar o que pensava, como um modelo de aprendizagem e identificação com o pai. Procurava aprender baseando-se em algo teórico pela falta de experiência emocional e contato humano como continente de uma relação vivida.

Esses aspectos denotam uma dissociação entre um falso *self*, aparentemente adaptado, que encobre uma estrutura interna fragilizada e grande sofrimento emocional.

Na evolução das sessões Pedro foi se sentindo mais à vontade para expressar suas experiências e verbalizou emocionado:

"Eu gosto de conversar com vocês porque vocês prestam atenção e me escutam. As pessoas normalmente nem olham quando a gente está falando…"

Essa afirmação ficou confirmada por nossa observação da progressiva melhora com os cuidados pessoais de sua aparência e motivação crescente a cada semana. Pedro sabia o dia e horário das consultas e esperava ansioso pelo encontro com o grupo. Começou a demonstrar uma recuperação da auto-estima e auto-confiança. Gradativamente o processo de atendimento possibilitou ao paciente resgatar interesse pelas sessões com o grupo, expectativa pelos encontros com a psicóloga e estagiários, motivação para falar de si, pensar sobre sua vida com crescente interesse no contato íntimo consigo mesmo e significativa evolução no sentido de esperança e melhora.

Esses aspectos demonstram uma importante mudança no estado mental de Pedro em direção à vida, saindo do adormecimento melancólico para a recuperação do humor e energia vital. A vivência de sustentação emocional experimentada pelo

enquadre e *holding* do grupo pôde propiciar uma alteração significativa no estado emocional do paciente rumo à recuperação.

No último encontro terapêutico, sabendo que iria ter alta, Pedro estava ansioso pela sessão com o grupo, pois queria relatar um sonho. Disse que foi dormir pensando em sua mãe e sonhou com ela. Conta o sonho em que a mãe estava encolhida embaixo de uma mesa, com frio. Lembra-se da mãe já falecida e fica emocionado e com lágrimas nos olhos. Nesse momento nos conta que fez uma música para sua mãe que contava todos os sentimentos que ele não pode lhe dizer enquanto viva. Declama para o grupo a letra da música como uma poesia e novamente fica muito emocionado.

Acolhemos esse instante com intensa emoção e compreendemos a poesia como reconquista de um gesto espontâneo de Pedro que cria um sentido de existência (Winnicott, 1990), como resultado do trabalho mental elaborativo que ocorreu no decorrer da semana em função dos encontros terapêuticos e foi representado pelo sonho emotivo com a mãe.

Vale ressaltar que nesse momento a sublimação surge como indício de possibilidade de mecanismo defensivo mais evoluído quando o paciente elabora seus sentimentos em relação à morte de sua mãe escrevendo uma música.

A prática clínica com pacientes depressivos tem mostrado a importância da relação transferencial como espaço potencial para que o paciente possa viver uma experiência estética de constituição do *self* e que ocupe o lugar onde antes existiam falhas excessivas para o sujeito suportar, geradoras de sofrimento emocional (Paulo, 2000).

Esse atendimento demonstrou que o grupo de psicólogos pôde oferecer um espaço potencial com capacidade de sustentação no qual “a possibilidade de brincar” pôde ser retomada pelo paciente como um sentido da experiência da presença humana. O resultado dessa vivência foi materializada por Pedro no relato do poema que demonstrou intensa emoção e sofrimento psíquico contidos que aguardavam uma escuta acolhedora para poder se expressar.

5.2- CONCLUSÃO

A experiência de atendimento demonstrou que as "Consultas Terapêuticas" aplicadas no hospital psiquiátrico, com um paciente internado, podem atenuar o sofrimento decorrente de processos dissociativos, favorecendo uma possibilidade de integração a partir da vivência de *holding*.

O espaço de continência oferecido pelo grupo de atendimento, psicoterapeuta e estagiários, por meio da escuta diferenciada mobilizou uma experiência mutativa e alterações no relato e comportamento do paciente que delineiam importante mudança psíquica no sentido da retomada do desenvolvimento.

Neste relato demonstramos uma experiência na tentativa de ampliar o alcance da clínica psicanalítica para o atendimento hospitalar, com a proposta de inclusão de pacientes psiquiátricos internados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIELLO-VAISBERG, T. M. O sofrimento e a exclusão à luz da psicopatologia do *self.* In: *Anais da III Jornada APOIAR. Atendimentos clínicos diferenciados e inclusão: o papel da psicologia clínica social.* P. 12-15. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, *(DSM-IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.

FREUD, S. *Duelo y Melancolia*. Obras Completas de Sigmund Freud, Tomo II. 3. ed., Trad. del aleman: Lopez-Ballesteros y Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas Relacionados à Saúde. 10ª Rev.,* V. l.1. São Paulo: Edusp, 1996.

PAULO, M. S. L. L. Depressão: algumas considerações psicanalíticas. *PSIC.* V. 1, n. 3, p. 34-40, julho, 2000.

_____ O *Psicodiagnóstico Interventivo com Pacientes Deprimidos: alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do*

contato. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SIMON, R. Concordâncias e divergências entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica. *Jornal de Psicanálise.* V. 3, n. 58/59, p. 245-264, 1999.

TARDIVO, L. S. C. Apresentação. In: *Anais da III Jornada APOIAR. Atendimentos clínicos diferenciados e inclusão: o papel da psicologia clínica social.* P. 2-11. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2005.

WINNICOTT, D. W. *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil.* Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____ *O Gesto Espontâneo.* São Paulo: Martins Fontes,1990.

_____ O Valor da Consulta Terapêutica. In: *Explorações Psicanalíticas.* Cap. 41, p. 244-248. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

OFICINA TERAPÊUTICA: CONTOS DE FADAS COM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Psicólogas responsáveis: Cleny Gregório Labate[1]

Isaura Maria A. Costa[2]

Alunos da graduação: Cecília H. Myamoto

Juliana C. G. Galvão

Marília Lídia de Assis

Rafael T. Neves

Coordenadora: Leila S.L. Cury Tardivo

Introdução:

As Oficinas Psicoterapêuticas estão inseridas em um contexto, que por meio de enquadres clínicos diferenciados inspirados nos pressupostos teóricos da psicanálise Winnicottiana, têm um estilo clínico. Neste universo, são apresentadas materialidades de diversas naturezas, aos pacientes atendidos em grupo, com o objetivo de facilitar a comunicação emocional entre os participantes, propiciando assim, um encontro inter-humano que favorece o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo e promove o alívio do sofrimento, possibilitando a ocorrência de experiências emocionais mutativas.

Desde 1992, são realizadas no âmbito da "Ser e Fazer – Oficinas Terapêuticas de criação", serviço abrigado no Laboratório de Psicologia Clínica Social; pesquisas sobre enquadres diferenciados inspirados na teoria winnicottiana. A apresentação da materialidade mediadora em cada oficina é vista como um elemento facilitador do brincar, podendo ser considerado um paradigma do Jogo do Rabisco (Aiello – Vaisberg,2004).

É no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem sua liberdade de criação. Parece-me válido o princípio geral de que a psicoterapia é efetuada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta. Se o

terapeuta não pode brincar, então ele não se adequou ao trabalho. Se for o paciente que não pode, então algo precisa ser feito para ajudá-lo a tornar-se capaz de brincar, após o que a psicoterapia pode começar. O brincar é essencial porque nele o paciente manifesta sua criatividade. (Winnicott, 1971).

1. Psicóloga clínica e membro do APOIAR do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
2. Psicóloga clínica e membro do APOIAR do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
3. Professora Livre Docente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e da Psicologia Social.

As oficinas terapêuticas, em suas atuações, buscando unir saúde, convívio social e cultura, transformam o conceito de saúde, assim como os conceitos de sanidade, qualidade de vida e inclusão, dando condições de uma possível transformação desse sujeito - assujeitado - em um sujeito desejante e produtivo, digno de respeito e inclusão social. Nas oficinas terapêuticas, o paciente tem a possibilidade de resgatar o seu desejo com o trabalho realizado dentro das mesmas: a produção e expressão livres.

Quanto a esta produção, pode-se dizer que se trata de uma experiência específica, pois advém de um sujeito (portanto produtivo) e que, ao mesmo tempo, é estruturado por sua produção. Ele se identifica e se reconstrói com o que resulta do seu trabalho e a partir daí, permite surgir o que lhe é mais particular - o seu desejo. A produção tem efeitos terapêuticos neste sujeito, que chega alienado, e que nesta atividade pode exercitar sua possibilidade de escolha e expressão.

Tão importante quanto à produção, são as diversas possibilidades que resultam dela, para os pacientes:

. A valorização de sua fala;

. A discussão da vida cotidiana de cada um;

. A reinserção deste nos seus contextos familiar e social;

. A reconstrução da cidadania - direitos e deveres;

. A construção de um espaço coletivo e compartilhado, visando romper com o seu estigmatizado isolamento.

As oficinas terapêuticas têm como ótica a valorização do sujeito no seu meio social. Nas palavras de Lopes (1999): “Ter a vida por objeto primeiro, significa muito mais do que preservação desta, comumente exemplificada na ausência de doença, mas antes e fundamentalmente, é a qualidade desta vida o que está em cena, em suas características mais diversas, desde o acesso a bens, à cultura, à educação, ao trabalho, à convivência, à história... até o direito de cada indivíduo se exercitar sujeito de seu próprio destino, patamar máximo de respeito à vida, o direito de cidadania, uma espécie rara de saúde.”

A oficina terapêutica não apresenta por si só uma forma inaugural de lidar com a loucura. A experiência do trabalho das oficinas torna-se positiva quando uma de suas funções é também a de intervir no campo da cidadania. Contribui como possibilidade de transformação da realidade atual, no que diz respeito ao tratamento psiquiátrico. São atividades de encontro de vidas entre pessoas em sofrimento psíquico, promovendo o exercício da cidadania, as expressões de liberdade e convivência dos diferentes, através, preferencialmente da inclusão pela arte.

Método:

Essa oficina está acontecendo no Hospital Psiquiátrico São João de Deus, em projeto desenvolvido pela equipe do APOIAR junto com os pesquisadores e estudantes da disciplina “Psicopatologia: aspectos teóricos e prática clínica” ministrada no curso de graduação do IPUSP, para que possam ter contato com a prática clínica e objetivando estimular a saúde e o convívio social dos pacientes.

Dessa forma, a partir de consultas terapêuticas e Oficinas terapêuticas, que estão sendo monitorados por psicólogas responsáveis, os estudantes estão tendo uma vivência e um contato que lhes proporciona rica aprendizagem.

Nas consultas terapêuticas, os alunos têm a possibilidade de conhecer sintomas e sinais que o paciente traz. Além disso, visamos não só o conhecimento da doença em si, mas também o doente, a pessoa que está presente, com sua vivência, experiência, história de vida etc. Essas consultas aconteceram nas primeiras semanas, no intuito de dar uma introdução para a realização das oficinas terapêuticas, cujas atividades foram planejadas juntamente com os pacientes, para decidirem qual seria a materialidade utilizada nas mesmas. Materiais estes, que poderiam ser argila, tinta, massinha plásticas, desenhos, histórias, dramatizações, música e outras idéias que poderiam surgir.

A materialidade utilizada neste projeto foi o Conto de Fadas, partindo do princípio que a vida é uma história, a qual pode ser rica em aventuras, reflexões, frustrações ou mesmo insignificantes, mas será sempre uma trama. Freqüentar as histórias imaginadas por outros, seja escutando ou assistindo, ajuda a pensar a nossa existência sob pontos de vista diferentes, refletindo sobre possíveis destinos. Sentados em roda, conta-se um conto, normalmente lido pelos alunos ou pelos pacientes. E a partir daí, idéias são lançadas, pedindo a todos que falem sobre a história, o que entenderam, com qual personagem mais se identifica e assim por diante. Neste momento, as manifestações emocionais afloram de forma intensa, dando margem para muita discussão e envolvimentos afetivos, aproximando pacientes e alunos, cada um em seu papel, permitindo que a “dor” possa surgir e ser partilhada com os outros.

O conto, normalmente era escolhido pelos pacientes, os quais foram: Branca de Neve e os Sete anões; Rapunzel; Peter Pan; Os três porquinhos; Mogli; Alice no país das maravilhas e outros.

A oficina seguia com muita conversa e discussões que iam surgindo através da história contada e da história de cada um dos pacientes e até mesmo dos alunos e psicólogas, que participavam ativamente da atividade. Envolvimentos profundos, emoções, revoltas, discussões e imaginação fluíram com muita intensidade. Foi por

acreditar na fantasia, que nos lançamos nessa tarefa de refletir sobre o que as histórias antigas têm a dizer às pessoas que recorrem a elas.

Em algumas sessões, fizemos uso de outros recursos, além da conversa, como por exemplo, desenhar algo que pudesse traduzir aquilo que a história tinha deixado de mais importante para cada um. E no final, discutíamos os desenhos, o que enriquecia ainda mais a proposta.

Hammer (1975) diz ter percebido que os pacientes psiquiátricos freqüentemente podem se expressar mais facilmente pelos meios gráficos de comunicação do que pelos meios verbais. Freud (1933) foi o descobridor desse fenômeno. Ao falar das dificuldades que os pacientes muitas vezes sentem para comunicar seus sonhos, afirma: “Poderia desenhá-lo, diz o sonhador, mas não sei como dizê-lo”.

Em todo ser humano continua viva a infância precoce com todos seus anseios, lutas e incertezas, com todas suas dificuldades em apreender o mundo e entrar numa relação mais

íntima com as outras pessoas, e é perfeitamente possível, que o homem tenha que voltar a ela sempre que deseja criar. Os desenhos projetivos capitalizam esta corrente criadora.

Após o término dos desenhos, a psicóloga responsável pede para que cada um fale sobre seu desenho, e este é outro momento no qual reações emocionais ocorrem com intensidade. E nosso trabalho, que não é o de interpretar o desenho, como acontece num teste projetivo, limita-se a escutar o relato de cada um, o qual normalmente vem acompanhado de algo muito pessoal. A discussão é terapêutica, é entender o que o paciente quer mostrar naquele desenho. Possibilidade de uma comunicação privilegiada, que se desenvolve em uma base de confiança que vai se criando.

Outro recurso utilizado foi o da dramatização de uma cena e para tanto utilizamos fantasias e objetos que estimularam e motivaram a participação e o envolvimento de todos. Nesta sessão, a história apresentada foi a do Peter Pan, conto que possibilitou trabalharmos vários temas psicanalíticos, pois baseados no livro "Fadas no Divã" de Diana e Márcio Corso, esse capítulo trata da questão do crescer e não crescer; da mãe ideal dos filhos; o filho ideal das mães; o papel da mãe na construção da paternidade; infância como paraíso e o olhar dos outros como espelho.

Assim como em "Peter Pan", outros contos foram explorados psicanaliticamente, seguindo o mesmo livro do casal Corso. Nos Três Porquinhos, tema que aborda o lobo no caminho, trabalhamos a perda da inocência, a curiosidade sexual infantil, fantasias de sedução por um adulto, fantasias de incorporação e o papel do medo na construção da função paterna. Já em "Rapunzel", a mãe possessiva (simbiose materna, desejos de grávida, desafios na instalação da paternidade, dificuldade materna diante do crescimento e saindo da família para o amor). E o despertar de uma mulher, em "Branca de Neve e os Sete anões", no qual vimos a identificação da menina com a mãe, importância da inveja materna, amor e ódio da filha pela mãe, passagem da infância para a adolescência e a adolescência como período de adormecimento e exílio.

Reflexões a partir do acontecer clínico:

Muitas foram as reflexões que surgiram nessa experiência. Bem sabemos a importância da simples escuta e da continência para pacientes psiquiátricos internados. Procuramos fazer com que essa escuta não fosse passiva, mas sim uma troca de experiências, tanto dos alunos como dos pacientes, não somente durante as conversas coletivas, mas também, durante a apresentação das histórias, desenhos e dramatizações. Todo o encontro nos propiciou um conhecimento mais aprofundado do mundo interno dessas pessoas que se encontram num momento de muito sofrimento, com histórias de vida muito angustiantes, próprias dos portadores de transtornos mentais. Essas angústias foram recebidas e elaboradas através de uma troca empática com o grupo.

Foi também possível a partir dos Contos de Fadas a emergência de conteúdos inconscientes. Alguns pacientes se identificaram com o espelho da Branca de Neve, que revela a verdade; com o lobo, que é solitário; com o porquinho Prático, que é prevenido e pensa antes de agir ou mesmo com o que faz a casa de palha, que demonstra humildade e fragilidade. Essa proposta ainda evidencia a importância da fantasia que propiciou o contato dos pacientes com as memórias e imagens do passado perdidas.

O emprego dos Contos de Fadas possibilitou uma rica troca de experiências, e estimulou que cada um dos pacientes pudesse criar, construir e transformar o conto que é vivido por eles.

Referências Bibliográficas:

CORSO, D. L.e CORSO M. – **Fadas no Divã: Psicanálise nas histórias Infantis.** P.A., Ed. Artmed,2006.

HAMMER, E.F. – **Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos**. R.J., Ed. Interamericana, 1981.

KYES, J.J., HOFLING, C.K. – **Conceitos Básicos em Psiquiatria**. R.J., Ed. Interamericana, 1985.

MINZONI, M.P. - **Assistência ao Doente Mental**. R.P. , Ed. Guarani, 1974.

WINNICOTT, D.W. – **Consultas Terapêuticas em Psiquiatria infantil**. RJ. Imago ed., 1984.

WINNICOTT, D.W. – **O Brincar e a Realidade**. RJ. Imago ed., 1975.

REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSSO INCLUSIVO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Tadeu B. Nogueira Jr,
Danilo Crespo;
Joyce E Fukuda;
Camila Galassi
Juliana Galvão,
Cecília H. Myamoto;
Mariana Penteado;
Marco V. Zahra
Anne Würzle
Francisco Baptista Assumpção Jr,
Leila S. La Plata Cury Tardivo

Resumo

Este trabalho apresenta um breve histórico da relação da sociedade com a parcela da população que apresenta algum tipo de deficiência, discorrendo sobre as diferentes formas de se relacionar com a deficiência até chegar ao que hoje chamamos de inclusão. Partindo das premissas de que ainda há muito que se fazer na busca por uma sociedade de fato inclusiva e de que a inclusão não é um fim a ser alcançado, mas sim um processso que visa a constante busca pela eqüidade de oportunidades, pela aceitação da diferença e pelo respeito à diversidade, será feita uma breve reflexão acerca da inclusão da pessoa com deficiência no Brasil, tanto na escola como no mercado de trabalho.

.

Historicamente, pode-se afirmar que muitos dos discursos embebidos de ideais sociais transformam-se em imperativos, mesmo que a sociedade não saiba ao certo como lidar com eles. Muitos desses ideais, por sua vez, são frutos de uma análise dos sintomas sociais que se manifestam diariamente e em relação aos quais a comunidade passa a criar mecanismos que representem soluções às questões que problematizam.

No contexto atual, muitos dos dispositivos dos quais a sociedade tem lançado mão na tentativa de oferecer saídas às questões que a estão afligindo abrangem um conceito que está sendo bastante citado - em diferentes contextos e com diferentes significados - e que, no entanto, parece vazio de efetiva significação social, correndo riscos de banalização. Trata-se do conceito de inclusão social, construído através de um longo processso histórico configurado pela busca de defesa e garantia de direitos humanos e jurídicos por parte das mais diversas minorias que compõem a sociedade. Dessa maneira, inseridos nesse caldeirão denominado diversidade encontram-se as pessoas com deficiência para as quais o conceito de inclusão pode ser definido como sendo um "processso de ajuste mútuo, onde cabe à pessoa com deficiência manifestar-se com relação a seus desejos e necessidades e à sociedade, a implementação dos ajustes e providências necessárias que a ela possibilitem o acesso e a convivência no espaço comum, não segregado" (Aranha, 2001, p. 171).

O tema inclusão parece ter se tornado um desses imperativos sociais, embora a sociedade mesma não discuta suficientemente o quanto o atual processso – de inclusão – poderia envolver dispositivos de exclusão social. Os riscos do processso de inclusão como vem ocorrendo são grandes. Faltam reflexão e discussão a respeito do que é e de quais as implicações do processso inclusivo.

Nesse sentido, cabe aqui uma breve exposição do panorama das mudanças de idéias que permearam a relação da sociedade com as pessoas com deficiência ao longo da história, tanto no que diz respeito aos pressupostos filosóficos quanto ao seu aspecto pragmático e objetivo. Assim, de acordo com Menecucci (1999), pode-se dizer de quatro fases históricas principais no que concerne à interface pessoas portadoras de deficiência/ sociedade (melhor esquematizadas na tabela que segue): da Antigüidade até o século XVII seria a fase religiosa, do extermínio ou mística; o século XVIII se caracterizaria como fase humanista ou cristã; o século XIX seria a fase científica; e o período a partir do século XX é denominado fase dos direitos.

FASES	CONCEPÇÃO DEFICIÊNCIA	CARACTERÍSTICAS	PROCEDIMENTOS	CONSEQÜÊNCIAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS
Idade Média Século XVI e XVII **Extermínio Mística / religiosa**	▪ Deformação humana ▪ Manifestação das forças dos deuses ou do demônio	▪ Negação direito à vida ▪ Condição imutável de anormalidade ▪ Crenças sobrenaturais demoníacas e superticiosas	▪ Extermínio, eliminação ▪ Exorcismo, bruxaria, encarceramento	Ignorância
Século XVIII **Humanista / Cristã**	▪ Manifestação da natureza humana ▪ Homem⇒ imagem e semelhança de Deus	▪ A deficiência está no corpo. Oportunidade de purificação para ganhar o reino de Deus. ▪ Conformismo piedoso	▪ Cuidados, assistência, benevolência. Internação, abrigos, casas de caridade	Assistencialismo, Filantropia, Voluntariado
Século XIX **Científica**	▪ Seqüela, lesão, diminuição da capacidade de um órgão em conseqüência de doenças	▪ A deficiência pode ser passível de tratamento, evitada ou controlada	▪ Tratamento médico, psicológico, início dos estudos científicos	Pesquisas genéticas, avanços tecnológicos
Século XX **Direito**	▪ Perda total ou parcial, temporária ou permanente, de uma função psicológica fisiológica ou anatômica	▪ Integração ▪ Inclusão ▪ Convivência Social ▪ Cidadania ▪ Garantia de direitos ▪ Equidade ▪ Igualdade de direitos	▪ Organização da sociedade para o atendimento das necessidades especiais. ▪ Políticas Públicas	Declarações internacionais, acordos, cartas de intenção, legislações, resgate do sentido de filantropia

FONTE: MENECUCCI, M.C. Evolução Histórica do Conceito de Deficiência. In: **FENAPAES. Projeto Águia. Referências Conceituais e Legais Sobre a Pessoa com Deficiência e o Movimento Apaeno**, São Paulo: FENAPAEs, 1999, p. 3.

Numa tentativa de se compreender o percurso realizado até a chegada ao tema da inclusão e com base na análise da evolução histórica dos fatos a respeito da relação da sociedade com as pessoas com deficiência, Aranha (2001) propõe uma classificação caracterizada por três paradigmas: da institucionalização, o de serviços (integração) e o de suportes (inclusão). O primeiro teria seu início em meados do

século XIX, quando da abertura na Suíça de uma instituição para o cuidado e tratamento residenciais de pessoas com deficiência mental, projeto esse que inaugurou a idéia e a prática do cuidado oferecido por uma instituição a pessoas portadoras de deficiência mental. A partir de então, proliferaram-se as instituições (inclusive no continente americano) e estas passaram de instituições para tratamento e educação para instituições asilares e de custódia (Instituições Totais). O paradigma da Institucionalização foi marcado então pela separação das pessoas com deficiência de suas comunidades de origem e familiares, e pelo isolamento delas em instituições residenciais segregadas ou escolas especiais. A análise das características das Instituições Totais e seus efeitos no indivíduo foi realizada por Erving Goffman em "Manicômios, Prisões e Conventos", conceituando-as como "um lugar de residência e de trabalho, onde um grande número de pessoas, excluídos da sociedade mais ampla por um longo período de tempo, levam juntos uma vida enclausurada e formalmente administrada" (Goffman apud Aranha, 2001, p.168). Uma importante observação de Goffman diz respeito ao fato de a institucionalização do indivíduo o afastar significativamente da sociedade ao mesmo tempo em que o liga à instituição, o que acaba por constituir um estilo de vida dificilmente reversível. Clemente Filho (apud Araújo, 2006, p.103) salienta que "de segregado, o deficiente passou a ser incluído em salas especiais. As classes especiais eram uma segregação, apenas no mesmo colégio que outros. Mas eram agrupados, segregados".

Assim, a partir do século XX, na fase de direitos, segundo Menecucci (1999), foram se desenvolvendo novas concepções de institucionalização e deficiência. Esta, segundo Araújo (2006), passou a ser entendida como "perda total ou parcial, temporária ou permanente, de uma função psicológica, fisiológica ou anatômica" além da relação possível com noções de igualdade e cidadania, a partir do que configurou-se o segundo paradigma relativo à relação entre a sociedade e a parcela da população representada pelas pessoas com deficiência. O Paradigma de Serviços, iniciado por volta da década de 60, teve o objetivo de "ajudar pessoas com deficiência a obter uma existência tão próxima ao normal possível, a elas disponibilizando padrões e condições de vida cotidiana próxima às normas e padrões da sociedade" (American National Association of Rehabilitation Couseling – A.N.A.R.C, 1973 apud Araújo, 2006). Ou seja, o paradigma construiu-se tanto devido ao incômodo representado pela institucionalização em diferentes setores sociais quanto a uma nova ideologia, a de normalização do indivíduo (que fundamentou o movimento da desinstitucionalização).

Surgiram, então, as organizações de transição (espécie de intermediários entre a instituição total e a sociedade) que foram planejadas no intuito de "promover a responsabilidade e enfatizar um grau significativo de auto-suficiência da pessoa com deficiência, através do trabalho ou do preparo para o trabalho, envolvendo treinamento e educação especiais, bem como um processso de colocação cuidadosamente supervisionado" (Aranha, 2001). Assim, criou-se o conceito de integração segundo a ideologia da normalização e, nesse sentido, tratava-se de localizar no sujeito o alvo da mudança, reduzindo as transformações na sociedade à responsabilidade de garantir serviços e recursos às pessoas com deficiência para "transformá-las" no mais próximo possível do normal, para então integrá-las à sociedade.

Muitas críticas foram formuladas ao Paradigma de Serviços, a exemplo da grande parcela das pessoas com deficiência que não conseguiam alcançar o padrão de normalidade estabelecido funcional e estatisticamente, tendo de certo modo dificuldades em assemelhar-se aos não deficientes devido às características intrínsecas ao tipo de deficiência e seu respectivo grau de comprometimento. Um outro ponto de crítica situa-se ainda na expectativa social de igualação do deficiente ao não deficiente, de modo que por vezes o diferente era tido como menos valorado ou desqualificado (Aranha, 2001).

Assim, ampliou-se a discussão sobre o fato de a pessoa com deficiência ser um cidadão como qualquer outro e, portanto, com os mesmos direitos. A respeito disso, cabe uma breve digressão sobre um conceito tão caro à sociedade e por vezes apropriado de modo inadvertido ou com carência de significação social, que é o conceito de cidadania:

Convém relembrar a definição de cidadania que, tradicionalmente, permeia a coletividade como o direito de ter direitos, difundida por T. H. Marshall, em 1949, em seu estudo Citzenship and social class e suas conferências proferidas em Cambridge. Ele estabelece a conhecida caracterização de um sistema gradativo e tripartite de direitos da cidadania - civis, políticos e sociais. Com base na experiência da Inglaterra, Marshall classifica: direitos civis ou de primeira geração(século XVII) correspondem ao direito à vida e às liberdades individuais de ir e vir, de pensamento e crença, de propriedade etc.; direitos políticos ou de segunda geração (século XIX), caracterizados pela participação no exercício do poder político como autoridade política ou eleitor, de modo a garantir o acesso aos meios de vida e bem-estar social; direitos sociais ou de terceira geração (a partir da metade do século XX) que tratam dos interesses difusos

das coletividades, indo desde desfrutar de uma situação mínima de bem-estar e segurança econômica até gozar do padrão de vida prevalecente nas sociedades. (VIEIRA, 1992; VIEIRA, 1997; CAMPOS, 1999; CURY, 2002 apud Araújo, 2006)

Nesse sentido, configurando-se numa nova etapa da fase dos direitos segundo a classificação de Menecucci (1999) situa-se o terceiro paradigma definido por Aranha (2001): o Paradigma de Suporte. Este, por sua vez, tem como característica o pressuposto de que o indivíduo com deficiência tem direito à convivência não segregada e ao acesso aos recursos disponíveis aos demais cidadãos. Para tanto, à sociedade caberia o papel de fornecer os serviços e recursos que os cidadãos com deficiência necessitarem, sejam eles referentes ao âmbito, físico, social, educacional, psicológico ou profissional no sentido de garantir o acesso da pessoa com deficiência a qualquer instância ou recurso da comunidade. Assim, com as críticas à idéia de integração, surgem os modelos e propostas do que convencionou-se denominar inclusão e que são predominantes na atualidade, manifestando-se em convenções internacionais, a exemplo da Declaração Mundial de Educação para Todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem (1990) e a Declaração de Salamanca de princípios, política e prática em Educação Especial (1994).

Dessa maneira, retomando o ponto de partida a respeito do que seria a inclusão social, contextualizada no Paradigma de Suportes, pode-se afirmar que se trata de um processso de intervenções tanto no âmbito do desenvolvimento do indivíduo com deficiência quanto no quadro de reorganização da realidade social de modo que suportes nas diferentes instâncias da sociedade sejam criados segundo as necessidades do sujeito e no sentido de que esse possa ter acesso ao espaço comum da vida em sociedade de modo imediato. A inclusão social, assim, diz respeito a todos os cidadãos, num contexto em que a condição para se falar em inclusão da pessoa com deficiência é a existência de uma sociedade inclusiva.

A partir dessa dialética, então, algumas reflexões tornam-se possíveis (e que serão posteriormente retomadas). No que concerne ao processso de formação dos direitos de cidadania, cabe ressaltar que, da mesma forma que para haver direitos sociais deve-se garantir direitos civis e políticos, estes não se efetivam quando os direitos sociais são negados (Campos apud Araújo, 2006). Assim, com relação ao assunto deficiência, muitas vezes a promoção e a garantia de acesso à educação são tidas como a forma de combater a exclusão, correndo-se o risco de minimizar a

importância da análise de um contexto de privação de direitos – civis e políticos – vivida por muitas das pessoas com deficiência. A possibilidade de uma sociedade realmente democrática não deve ser depositada somente na educação, embora essa seja de fato um caminho para a garantia da cidadania.

Como se pôde notar até o momento, o tema inclusão é complexo e multifacetado. No Brasil, no que se refere à deficiência, a busca pela construção de um processso inclusivo tem se dado principalmente no âmbito educacional e no âmbito trabalhista. Passemos então a fazer uma breve análise da "inclusão escolar" e da "inclusão no mercado de trabalho", assim como das relações que estabelecem entre si.

Inclusão Escolar

As idéias acerca da pessoa com deficiência e a escola seguem, em linhas gerais, os padrões de racionalidade mais amplos que regem as relações da deficiência com a sociedade. Pode-se afirmar, assim, que se procurou passar de uma educação excludente (em que os alunos com deficiência só poderiam participar de classes comuns se fossem capazes de se adaptarem – pressuposto do paradigma de serviços) à tentativa de educação inclusiva, com vistas a um sistema educacional único (Karagiannis, Stainback e Stainback, 1999).

Na esfera educacional, o paradigma de inclusão mostra sua força em diversos documentos internacionais, dentre os quais uma resolução das Nações Unidas – a Declaração de Salamanca (1994). O documento discorre sobre Princípios, Política e Prática em Educação Especial. No contexto do presente trabalho, vale lembrar que nem sempre a deficiência está associada a necessidades educacionais especiais (estas podem ou não ser indispensáveis) e que elas não abarcam apenas a pessoa com deficiência (mas também indivíduos com dificuldades acentuadas de aprendizagem, com altas habilidades etc). Estão inseridos na referida Declaração todos os indivíduos que precisam de adaptação significativa, seja curricular ou de espaço físico. O princípio norteador da Declaração é a apresentação de procedimentos com a meta de equalização de oportunidades.

Recomenda-se à escola que aceite todas as crianças, preservando a diversidade que muitas vezes é, na escola, mero objeto de estudo, distante dos alunos. Inclusão na escola significa a possibilidade de viver a e na diversidade. O problema é que, do pólo do esconder a diferença (quando da exclusão total), pode-se saltar ao extremo oposto,

da exposição do diferente, sem que se alterem os significados desvalorativos da diferença, ocorrendo então uma exclusão dentro do próprio processso de inclusão.

No Brasil, existe ampla legislação que discorre sobre educação, seguindo a tendência mundial da educação inclusiva. Sempre é tomado como ponto de partida o disposto na CF 88, nos art. 206, de que o ensino deve ser ministrado segundo o princípio da igualdade de condições para o acesso e a permanência na escola. Ocorreria, portanto, tratamento desigual para reestabelecer a igualdade – de direitos e oportunidades – perdida pela exclusão e pelo preconceito (ou seja, procura-se uma forma de compensação, ainda que não total, no âmbito da desvantagem, ou *handicap*) (Mantoan, 2006). O conceito de educação presente na Constituição e, portanto, que serve de princípio norteador de todo o corpo legislativo brasileiro relativo a esse assunto, segundo Mello Filho (1986, p. 533):

> ...é mais compreensivo e abrangente que o da mera instrução. A educação objetiva propiciar a formação necessária ao desenvolvimento das aptidões, das potencialidades e da personalidade do educando. O processso educacional tem por meta: (a) qualificar o educando para o trabalho; e (b) prepará-lo para o exercício consciente da cidadania.

Do trecho citado, dois pontos chamam a atenção. Primeiro: a impossibilidade de se desvincular a educação do desenvolvimento de capacidades necessárias para a atuação no mundo do trabalho. Suprir as necessidades educacionais especiais só faz sentido, então, se houver um processso concomitante de inclusão no trabalho – propiciar condições para aquisição de saber tem sua significação prejudicada quando não é possível dar condições ao fazer produtivo. Segundo: a educação deve respeitar as potencialidades de cada aluno, ou seja, a função da escola não é ensinar aquilo que consta em um programa curricular, pressupondo que todo aluno deve saber o conteúdo total. O ensino deve levar em conta as necessidades do educando, o que realmente lhe é útil, possibilitando-o desenvolver o *seu* potencial ao máximo.

Outra disposição legal de extrema importância é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 (LDB 96), que declara a educação especial especial como uma modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino (LDB 96, capítulo V, art. 58). De acordo com Nogueira Jr (no prelo), “a partir de

tal documento, a educação especial passa a ser uma *modalidade de ensino*[41] que perpassa e se faz presente em todos os *níveis de ensino*[42], desde o básico até o superior".

Pode também ser citada a resolução CNE/CEB nº 2 /01 que, em seu art. 2º, institui que "os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizar-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais [...]", garantindo-lhes as condições necessárias. Ainda institui, em seu art. 7º, que "o atendimento aos alunos com necessidades educacionais especiais deve ser realizado em classes comuns do ensino regular, em qualquer etapa ou modalidade da Educação Básica".

Segundo Nogueira Jr (no prelo), a legislação até aqui citada mostra que "... tanto a matrícula como a permanência na escola são direitos de todos. Mais do que isso, parece assegurado o atendimento às necessidades educacionais de cada aluno na classe comum". Embora bem defendida por um aparato legal solidamente constituído, o processso de inclusão escolar ainda requer maior diálogo entre os diversos ramos da sociedade, buscando maior coerência entre a teoria, a lei e o que se faz na prática.

A organização pedagógica escolar ainda é calcada na negação da diferença e na padronização dos alunos. Trata-se de uma igualdade abstrata e distante da realidade, já que não respeita o aproveitamento individual dos conteúdos curriculares.

Ainda se vê inclusão como sinônimo de realização de matrícula. A escola exime-se, assim, da responsabilidade pela aprendizagem e pela permanência do aluno com necessidades educacionais especiais na instituição. Como nos lembra Mittler (2003, p. 58), a inclusão "[...] não é apenas referente ao acesso, mas também à necessidade de um planejamento e de serviços que sejam estruturados para responder a uma gama muito mais ampla de necessidades".

Problema prático de maior magnitude é a formação de professores aptos a lidar com o aluno com deficiência.

Estão presentes no imaginário de educadores e familiares de crianças com deficiência angústias e medos baseados no desconhecimento. Há dúvidas sobre se é possível a inclusão e sobre a validade de seus benefícios. A incerteza faz sentido se for pensado que o benefício maior da inclusão só se dá se houver interação para o

[41] Temos como modalidades de ensino: Educação Especial, Educação Indígena, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Educação Profissionalizante.
[42] Temos como níveis de ensino: Educação Básica – educação infantil, ensino fundamental e ensino médio – e Educação Superior.

desenvolvimento individual pleno (Vygotsky, 1987). Entretanto, vale lembrar que o discurso pronto de que não há preparação profissional e técnica para lidar com o aluno com deficiência não apresenta nenhuma solução, apenas serve como paralisador de tentativas inclusivas (Carvalho, 2001).

O que se pode afirmar, no quadro social atual, é que a inclusão escolar da criança com deficiência é um processso que ainda está no início.

Como cita Nogueira Jr (no prelo) quanto à inclusão escolar:

> Para que haja de fato a inclusão escolar, é fundamental que haja uma reforma educacional que vá além de implementações legais. Ao inserir crianças com necessidades educacionais especiais na classe comum, se torna necessário colocar em questionamento o funcionamento e os princípios de um sistema educacional que valoriza uma igualdade abstrata, que valoriza uma busca pela uniformidade – retratada pela rigidez curricular, de estratégias de ensino e de avaliação – onde todos têm que aprender as mesmas coisas da mesma forma e onde apenas o conhecimento formal tem valor. Se o questionamento não for feito e não se buscar a construção de uma escola diferente da que existe hoje, as crianças a quem se pretende incluir continuarão excluídas do sistema educacional, embora fisicamente presentes. Continuarão sendo vistas como anormais, como seres que não pertencem àquele lugar destinado aos "iguais". Um exemplo disso são as crianças com deficiência intelectual[43] "incluídas" em classe comum que ficam à parte do processso ensino/aprendizagem, muitas vezes, desempenhando atividades paralelas sem relação com o conteúdo ministrado na aula e sem que, necessariamente, haja um trabalho pedagógico devidamente planejado para elas.
>
> Ainda há muito que se fazer rumo à educação inclusiva e à inclusão social. Sempre haverá algo por se fazer. Cabe relembrar que a inclusão é um processso, e não um fim em si mesmo.

Inclusão no mercado de trabalho e a questão da eqüidade

[43] Nova nomenclatura da Organização Mundial da Saúde para a deficiência mental.

Entender como o conceito de eqüidade é utilizado em diferentes campos é fundamental para analisar o processso de inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho. Para tanto, faz-se necessário um pequeno estudo sobre o conceito de eqüidade, seu significado no campo do Direito e a sua migração para outros campos, como para o das Políticas Públicas e para o Corporativo.

O conceito de equidade em articulação com diferentes campos do conhecimento

O conceito de eqüidade é mencionado por Aristóteles e Cícero. Trata-se de um modo de justiça particular onde busca-se analisar e considerar a situação e suas peculiaridades para que não se cometa injustiças. Assim, a eqüidade é aplicada para que o resultado seja justo para ambas as partes, evitando assim a aplicação mecânica da lei.

Nesse sentido, temos que o conceito está circunscrito ao campo jurídico. Esse cenário manter-se-á, atravessando o período da Revolução Francesa, em que o conceito de igualdade dos cidadãos era amplamente divulgado. Igualdade esta que se referia ao fato de todos os homens serem iguais perante a lei, ou seja, era uma igualdade calcada nos parâmetros da isonomia das pessoas (Souza, 2006).

Com a Declaração Universal dos direitos dos Homens, formulada pela ONU em 1948, há um reconhecimento de uma forma compartilhada dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. Isso foi um marco para a proliferação de medidas que visam o respeito às possíveis identidades dos indivíduos. Assim grupos minoritários e segregados historicamente divulgam as suas declarações. Nesse contexto, a eqüidade começa a permear o campo da política (Souza, 2006).

Seguindo essa tendência, a Constituição Brasileira de 1988 reconhece a discriminação de grupos na sociedade brasileira ao destacar em seus textos algumas categorias de pessoas (origem, cor, raça, sexo, idade, estado civil, porte de deficiência, credo religioso, convicções filosóficas ou políticas, tipo de trabalho e natureza de filiação) e alguns casos a serem tratados com igualdade e a possibilidade de uma discriminação justa, para compensar as diferenças entre alguns grupos.

A eqüidade não fere o conceito de igualdade, mas sim se articula a este. O conceito de igualdade é o principio da democracia: todos os homens são iguais, não havendo distinções entre os indivíduos, entre os cidadãos. Mas ao decorrer do tempo, nesse espaço igualitário, são reconhecidas certas diferenças, a diversidade torna-se um dado da realidade, configurando-se novas ordens sociais. Pode-se dizer então que

a eqüidade é a introdução da idéia de diversidade nesse espaço de igualdade (Souza, 2006).

Os direitos sociais requerem uma participação ativa do Estado para serem protegidos e respeitados. Isso pode ocorre por meio de políticas públicas que visam restituir e promover a participação de pessoas pertencentes a grupos que têm sido considerados excluídos em determinados espaços sociais (Souza, 2006).

Eqüidade e a esfera empresarial

No âmbito empresarial, o processso de inclusão ocorre principalmente por duas vias: por meio de uma iniciativa de algumas empresas ou pelo cumprimento legal. Ainda temos casos em que a empresa segue uma orientação dada pela matriz.

Temos ainda uma tendência mundial administrativa muito difundida nos dias atuais: a Responsabilidade Social. Devido a uma grande variabilidade, devido ao fato de que as empresas possuem projetos sociais que se adaptam a sua realidade e aos seus interesses, essa iniciativa pode ser dificilmente padronizada. Em algumas empresas, as atividades sociais não estão diretamente vinculadas a obtenção de competitividade ou aos lucros. Em outras, esses projetos estão vinculados ao departamento de marketing, que associa a ação social às marcas e produtos. Pode ocorrer ainda de algumas empresas utilizarem a promoção de atividades sociais para desviar o foco do impacto de ações nocivas, havendo assim um mecanismo de compensação, uma “cosmética da própria imagem” (Lima apud Souza, 2006).

A diversidade repercutiu na forma das empresas gerirem a sua força de trabalho, criando-se um modo novo de organização denominada “gestão da diversidade” – que procura utilizar os atributos dos indivíduos como recursos, de modo a favorecer o desempenho da empresa. As vantagens daqueles que utilizam essa prática empresarial são: seria um método mais justo do que as ações afirmativas, uma vez que o critério não seria o favorecimento, mas o mérito; e uma boa gestão da diversidade proporcionaria uma vantagem no mercado, uma vez que se reuniriam diferentes habilidades e experiências, devido a um ambiente interno multicultural.

Temos outra vertente que atua sobre as empresas na questão da inclusão da pessoa com deficiência: a interferência governamental.

Recentemente, o sistema de cotas para pessoas com deficiência foi aplicado no Brasil. A lei nº 8.213/91 determina que empresas com mais de cem funcionários

reservem cerca de 2% a 5% do seu quadro de funcionários a “portadores de deficiência”:

Tabela 1: Percentual de vagas destinadas a pessoas portadoras de deficiência em relação ao número de funcionários	
Número de funcionários	Percentual de vagas
de 100 a 200	2%
de 201 a 500	3%
de 501 a 1000	4%
1001 ou mais	5%

Tabela 1: Distribuição da porcentagem de vagas de emprego destinada às pessoas com deficiência em relação ao número total de funcionários de uma empresa.

Além disso, essa lei determina que caso haja dispensa de um trabalhador reabilitado[44] ou um portador de deficiência habilitado[45], deve-se procurar um substituto em situação semelhante.

A lei não apenas aborda as empresas privadas, mas também as instituições públicas devem, por lei, reservar 5% do seu quadro de funcionários às pessoas com deficiência.

Em outros países, caso uma empresa não preencha as vagas destinadas às pessoas com deficiência, ela deve depositar uma quantia para um fundo central que promove a reabilitação ou de acesso ao trabalho. A empresa que cumprir a lei, contratando indivíduos com deficiência recebe alguns incentivos, a garantia de que a contratação de uma pessoa portadora de deficiência não acarrete mais custos e acesso a serviços de apoio. Na lei brasileira, há apenas um aspecto punitivo e a empresa não é

[44] Consideram-se beneficiários reabilitados todos os segurados vinculados ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS), submetidos ao processso de reabilitação profissional desenvolvido ou homologado pelo INSS (art. 1º, § 1º, Portaria n. 4.677/98, do Ministério da Previdência e Assistência Social).

[45] Considera-se, também, pessoa portadora de deficiência habilitada aquela que, não tendo se submetido a processso de habilitação ou reabilitação, esteja capacitada para o exercício da função (art. 36, § 3º, Portaria n. 4.677/98, do Ministério da Previdência e Assistência Social).

contemplada com benefícios. Outro ponto importante a ser considerado sobre a questão de cotas é que em alguns países, essa experiência foi mal sucedida. Há casos relatados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em que a pessoa com deficiência é paga para ficar em casa, ou casos em que a empresa preferia pagar a multa a contratar uma pessoa portadora de deficiência (Clemente, 2003).

A chamada “lei de cotas” no Brasil tem propiciado que mais pessoas com deficiência consigam entrar no mercado de trabalho devido à reserva de vagas de emprego. Em contrapartida tem levado as pessoas com deficiência a procurarem formas de melhorarem suas habilidades, visto que a disponibilidade de vagas de trabalho não é feita de forma caridosa, mas seguindo a lógica mercadológica, em que as habilidades dos indivíduos são um dos fatores principais na admissão de uma pessoa a um emprego. Segundo as empresas, hoje existem mais vagas de emprego destinadas a indivíduos com deficiência do que pessoas com deficiência habilitadas para ocuparem essas vagas. Quanto a isso, Nogueira Jr (no prelo) lembra “...que as pessoas com deficiência viveram por muito tempo em suas casas e/ou em instituições paternalistas e protecionistas, que pouco preparavam para a vida em sociedade e para o trabalho”.

A inclusão no mercado de trabalho brasileiro em fatos

A fim de avaliar, de forma superficial e reconhecidamente simplista, a situação da pessoa com deficiência no nosso mercado de trabalho, pode-se recorrer aos classificados de empregos, replicando assim o estudo elaborado por Elite Souza.

Um fato já interessante é que se procura por “deficiente” como se fosse qualquer outra profissão, como médico, advogado e engenheiro. Assim, o termo deficiente expressa uma “habilidade”, uma qualidade do indivíduo, e não uma condição, como deveria ser tratada.

Os anúncios foram retirados do Jornal Folha de São Paulo, no período de 02/05/07 e 02/06/07, e organizados na seguinte tabela:

Anúncio	***Nomeação usada no corpo do anúncio***	***Área de Atuação***	***Qualificações exigidas***	***Experiência exigida***	***Benefícios***
Deficiente	Portador de Deficiência		2º grau completo, informática.		
Deficiente	Deficiência física/auditiva.			Com ou sem experiência	
Deficiente Físico	Deficiência membros inferiores	Telefonia			
Deficiente Físico		Aux. Apoio Esportivo	2º grau completo ou em curso, noções de estoque, almoxarifado e informática.		
Deficiente Físico		Aux. Administrativo em instituição de ensino			Refeição, convênio médico e bolsa de estudos -ensino superior
Deficientes		Telemarketing -Ramo Aéreo	Mínimo 2º grau		Salário R$ 585,00 fixo, Vale transporte, Vale Alimentação, Vale Refeição, Convênio Médico, Benefícios

Anúncio	***Nomeação usada no corpo do anúncio***	***Área de Atuação***	***Qualificações exigidas***	***Experiência exigida***	***Benefícios***
					de viagens,PRL
Professor(a) ensino superior	Deficientes Físicos	Ensino Superior			
Assistente técnico*	Pessoas com deficiência	Gráfica	ensino médio completo ou técnico em artes gráficas	2 anos	
Atendimento Telemarketing	Pessoa com deficiência		1º grau	6 meses	
Instrutor de * Treinamento	Portador de deficiência	Metrologia	Superior em tecnologia/ engenharia mecânica ou licenciatura em física	3 anos na área de metrologia/ controle dimensional	
Operador de Luz*	Portador de deficiência	Teatral	Ensino médio completo	1 ano de experiência na área	
Técnico de Ensino*	Portador de deficiência	Informática	Superior em tecno./Eng. Da computação, elétrica, eletrônica, gerenciamento de redes ou redes de computadores, Análise de Sistemas,	3 anos na área de informática,sistemas operacionais, redes locais de computadores, montagem ,manutenção e configuração de hardware	

Anúncio	*Nomeação usada no corpo do anúncio*	*Área de Atuação*	*Qualificações exigidas*	*Experiência exigida*	*Benefícios*
			Tecno. Da informação ou informática, ciências da computação, processsamento de dados, programação e WEB design ou progr. De sistemas	de micros PC	
Telefonista	Pessoa com deficiência		1º grau	6 meses	
Aux. Administrativo	Portadores de necessidades especiais	Administração			

Tabela 2: Anúncios que se referem a vagas de emprego para pessoas com deficiência retirados do jornal Folha de São Paulo (no período de 02/05/07 a 02/06/07).

A tabela anterior foi elaborada de forma a evidenciar como os anúncios referem-se a pessoa portadora de deficiência, a área de atuação em que o portador irá trabalhar, as qualificações e experiências exigidas e os benefícios oferecidos.

Nota-se que os anúncios são bem variados: em uns é explicitado no título do anúncio que o emprego é voltado para “deficientes”; em outros é no corpo do texto em que está presente a especificação de que a vaga de emprego é voltada para pessoas com deficiência; e nos anúncios marcados com *, a vaga de emprego não é destinada apenas à pessoa com deficiência. Nenhum mencionou qualquer legislação. Em apenas dois anúncios foram declarados os benefícios oferecidos pela empresa. Interessante

marcar que, quando a deficiência é especificada pelo empregador, apenas são citadas pessoas com deficiência física ou auditiva.

Quanto às qualificações exigidas, temos um quadro extremamente diverso: em alguns anúncios não se mencionam nenhum grau de escolarização necessário para ocupar a vaga de emprego, enquanto que em outros, exige-se formação superior. O mesmo ocorre com a experiência: algumas empresas não especificam nada, enquanto que outras exigem um tempo relativamente pequeno, de no máximo 1 ano, ao passo que em duas foram exigidos 2 anos e 3 anos.

Analisando os dados do Censo 2000 do IBGE, observamos que, quanto à porcentagem de pessoas com deficiência que declaram ter ocupação de trabalho, temos: 40,8% das pessoas com deficiências visuais; 34% de pessoas com deficiência auditiva; 24,8% daqueles que possuem alguma incapacidade motora ou física; e 19,3% de pessoas com deficiência mental. Pode-se concluir, a partir desses dados e dos anúncios anteriormente analisados, que durante o processso de seleção para uma vaga de emprego, certas deficiências são mais aceitas pelos empregadores do que outras. Isso mostra que a inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho depende também da deficiência que a pessoa apresenta; a inclusão não parece ser para toda e qualquer pessoa com deficiência.

Além dos preconceitos sobre a deficiência, há outro fator importante que dificulta a contratação: o nível de escolaridade. Muitas empresas exigem como requisito o Ensino Médio completo, para se encaixar em normas internacionais de qualidades como ISO – 9000. O baixo índice de escolaridade das pessoas com deficiência torna isso mais um entrave na busca de um emprego.

Outro fator que não pode ser desconsiderado enquanto uma barreira na inserção da pessoa com deficiência é o benefício fornecido pelo INSS em forma de aposentadoria por invalidez. Para que haja uma contratação legal de uma pessoa com deficiência, esta deverá revogar desse direito, não podendo no futuro retornar a receber a quantia, mesmo que a pessoa esteja desempregada. Esse benefício impede que algumas pessoas com deficiência procurem empregos, uma vez que essa estabilidade financeira precária fornecida pelo governo ainda apresenta-se mais atraente a essas pessoas.

Conclusão

Ainda há muito que se fazer na busca por uma sociedade de fato inclusiva. Fruto de um processso histórico, o processso de inclusão é extremamente complexo e envolve diversos aspectos e interesses, entre eles os econômicos e os políticos.

A inclusão não é um fim a ser alcançado, mas uma constante busca pela eqüidade de oportunidades, pela aceitação da diferença e pelo respeito à diversidade.

Como afirma Nogueira Jr (no prelo):

> No percurso desse processso – que visa maior igualdade e justiça social – será fundamental conseguirmos romper com o modelo social no qual somente o igual e o ideal têm valor. Precisamos compreender que a humanidade é plural, que a diversidade é natural. Somente assim poderemos valorizar e respeitar a diversidade e nos sentirmos de fato parte integrante dela. E assim, quem sabe, favorecer a cada um a construção e a reconstrução constante de suas possibilidades, sem as definirmos a priori.

IV – Referências Bibliográficas:

ARANHA, Maria Salete Fábio. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. In: **Revista do Ministério Público do Trabalho**, Ano XI, nº 21, março, 2001.

ARAÚJO, Edgilson Tavares de. **Parcerias Estado e Organizações Especializadas**: discursos e práticas em nome da integração/ inclusão educacional das pessoas com deficiência. São Paulo: Dissertação de Mestrado defendida na Pontifica Universidade Católica de São Paulo, Programas de Estudos pós-graduados em Serviço Social, 2006.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília – Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei nº 9.394/96**, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União, 23 de dezembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CEB nº 2**, de 11 de setembro de 2001. Brasília: MEC: SEESP, 2001.

BRASIL. Congresso Nacional. **Plano Nacional de educação** – Lei nº 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Brasília – Senado Federal, 2001.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2000**. IBGE. Disponível em: http://200.255.94.70/home/presidencia/noticias/20122002censo.shtm Acessado em 20 de outubro de 2007.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria nº 4.677**, de 1998.

CARVALHO, R. E. A incorporação das tecnologias na educação especial para a construção do conhecimento. In: S. Silva & M. Vizim (Orgs.). **Educação especial**: múltiplas leituras e diferentes significados. Campinas: Mercado de Letras e Associação de Leitura do Brasil-ALB, 2001, p. 57-84.

CLEMENTE, Carlos Aparício. **Trabalho e inclusão social de portadores de deficiência**. Osasco: Gráfica e Editora Peres, 2003.

DUSCHATZKY, S.; SKLIAR, C. O nome dos outros. Narrando a alteridade na cultura e na educação. In: LARROSSA, J; SKLIAR, C. **Habitantes de Babel**: políticas e poéticas da diferença. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p. 119-138.

GLAT, R., MAGALHÃES, E. F. C. B. de & CARNEIRO, R. Capacitação de professores: primeiro passo para uma educação inclusiva. In: M. C. Marquezine; M. A. Almeida; E. D. O. Tanaka; N. N. R. Mori & E. M. Shimazaki (Orgs.), **Perspectivas multidisciplinares em educação especial**. Londrina: Ed. UEL, 1998, p. 373-378.

KARAGIANNIS, A., STAINBACK, S., & STAINBACK, W. Visão geral histórica da inclusão. In: S. Stainback & W. Stainback (Orgs.). **Inclusão**: um guia para educadores (pp. 35 – 47). Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999, p. 35-47.

MANTOAN, M. T. E.; PRIETO, R. G.; ARANTES, V. A. (organizadora). **Inclusão escolar**: pontos e contrapontos. São Paulo: Summus Editorial, 2006.

MELLO FILHO, José Celso. **Constituição Federal Anotada**. São Paulo: Saraiva, 1986.

MENECUCCI, M.C. Evolução Histórica do Conceito de Deficiência. In: FENAPAES. Projeto Águia. **Referências conceituais e Legais sobre a pessoa com deficiência e o movimento Apaeno**. São Paulo: FENAPAEs, 1999.

MITTLER, P. **Educação Inclusiva** – Contextos sociais. Porto Alegre: Artmed, 2003.

NOGUEIRA JR. Tadeu Barbosa. **Em busca de uma sociedade mais inclusiva:** construções e contradições. No prelo.

SOUZA, Idete. **Problematizando a Eqüidade**: A questão da inclusão profissional da Pessoa com Deficiência. São Paulo: Dissertação de Mestrado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica, 2006.

VEIGA-NETO, A. Incluir para excluir. In: LARROSSA, J; SKLIAR, C (Orgs.). **Habitantes de Babel**: políticas e poéticas da diferença. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p. 105-118.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

REFLEXÕES A PARTIR DA PSICANÁLISE WINNICOTTIANA SOBRE AS IMPLICAÇÕES DA DEFICIÊNCIA CONGÊNITA PARA O PROCESSO DE AMADURECIMENTO

Tadeu Barbosa Nogueira Jr

PRECEITOS FUNDAMENTAIS NA TEORIA DE WINNICOTT

- O ser humano tem tendência natural ao amadurecimento. É o que chama de "vir-a-ser" (Winnicott, 1990).
- Cada indivíduo é único, vêm ao mundo com algo que lhe pertence e que é só seu. No entanto, o fundamental para Winnicott é a interação com outro ser humano. (Winnicott, 1990)
- Para Winnicott (apud Amiralian, 2003), ser sadio é estar o mais próximo possível daquilo que o "equipamento" com que o indivíduo veio ao mundo permite.
- Fatores que afetam o ser humano: a herança de que é dotado; a cultura em que nasceu; os valores da comunidade e da família a que pertence; a organização e a estrutura familiar; a peculiar constituição orgânica etc. (Winnicott, 1990)

ACERCA DA FORMAÇÃO DA PSIQUÊ E DA MENTE

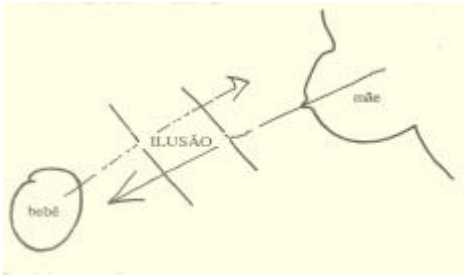
- Psiquê→ se inicia com a elaboração imaginativa da função somática (elaboração imaginativa das experiências vividas)
- Mente: produto da inter-relação psiquê e soma.
- Para Winnicott, o ambiente assume função fundamental, sem desconsiderar a importância do que é orgânico, do que pertence a cada indivíduo.

PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA

- "... Um estado de sensibilidade aumentada, no qual a mãe volta-se inteiramente para seu bebê, um adoecer do qual se recuperará progressivamente quando o desenvolvimento do filho a for dispensando." (Amiralian, 2003, p. 105)
- Nesse estado a mãe consegue sentir-se no lugar do bebê, identificar-se com ele a ponto de "entender" suas necessidades.

- A mãe suficientemente boa é aquela que corresponde às necessidades do organismo em formação e permite a descoberta criativa do mundo.

A PRIMEIRA MAMADA TEÓRICA



"...primeira mamada teórica, o bebê está pronto para criar, e a mãe torna possível para o bebê ter a ilusão de que o seio, e aquilo que o seio significa, foram criados pelo impulso originado na necessidade." (Winnicott, 1990, P121)

DA DEPENDÊNCIA ABSOLUTA RUMO À INDEPENDÊNCIA

- Ao adaptar-se ao impulso do bebê, a mãe permite que este tenha a ilusão de que aquilo que ali está foi criado por ele.

- Dependência absoluta: neste estado o bebê não tem meios de perceber o cuidado materno. Não pode assumir o que é bem ou mal feito, mas apenas está em posição de se beneficiar ou de sofrer incômodos, irritações (Winnicott, 1983).

- A desilusão é um processo gradual e pressupõe que houve fornecimento bem-sucedido de espaço para a ilusão.

- O processo de desilusão caminha com a possibilidade de discriminação entre o eu e o não eu.

- Dependência relativa: aqui o bebê "...pode se dar conta da necessidade de detalhes do cuidado materno, e pode de modo crescente relacioná-los ao impulso pessoal..." (Winnicott, 1983, p.46).

- Rumo à independência: o bebê "desenvolve meios para ir vivendo sem cuidado real. Isto é conseguido através do acumulo de recordações do cuidado, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção de detalhes do cuidado, com o desenvolvimento da confiança no meio" (Winnicott, 1983, p. 46).

- O indivíduo deve ser capaz de criar o mundo ao mesmo tempo em que é criado por ele, deve ser capaz de se adaptar e também de se negar a se adaptar (Barreto, 1998).

PRINCIPAIS FUNÇÕES MATERNAS

- Holding: "...é tudo que no ambiente, fornecerá a uma pessoa a experiência de uma continuidade, de uma constância tanto física quanto psíquica." (Barreto, 1998, p. 60)

- Essa continuidade é dada pelo respeito ao ritmo do indivíduo.

- Essa continuidade permite o estabelecimento de confiança no ambiente.

- Handling: função de manipulação corporal e o contato com as necessidade corporais, dando a elas uma organização simbólica, assim como utilizar o corpo como veículo de expressão de afetos e emoções (Winnicott, 1990).

- Continência: dar contorno às experiências e aos sentimentos que nos habitam; significa compreender o outro e ajudá-lo a simbolizar suas experiências e emoções (Barreto, 1998).

WINNICOTT E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

- Considerando que a psiquê se inicia com a elaboração imaginativa da função somática, a deficiência torna-se condição estruturante da pessoa. Apesar da importância do ambiente, será a partir de seu conjunto orgânico e fisiológico que a pessoa se constituirá e se tornará um indivíduo único e indissolúvel (Amiralian, 2003).

O BEBÊ COM DEFICIÊNCIA E SUA MÃE

- O luto pela perda do filho idealizado precisa ser vivido muito precocemente. É comum a mãe entrar em processo de depressão;

- A mãe, devido às suas próprias dores, pode apresentar dificuldade em se devotar ao seu bebê. Como conseqüência temos dificuldades no processo de adaptação da mãe ao seu bebê e na possibilidade desse viver o processo de ilusão como deveria. A função de holding também acaba ficando prejudicada.

- Muita mãe não sabe como interagir e cuidar de seu bebê com deficiência, chegando até mesmo a ter medo de tocar no mesmo e machucá-lo. Isso gera falha na função de handling. Isso faz com que se torne difícil, por parte da mãe, exercer a função de apresentar o mundo ao seu bebê.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A peculiaridade orgânica será sempre um viés no processo de amadurecimento do bebê e na relação de sua mãe com ele.

- A possível dificuldade da mãe se devotar ao seu bebê, seja devido à depressão ou à dificuldade em elaborar o luto do filho idealizado pode fazer com que o bebê, antes de se constituir indivíduo único e indissolúvel, tenha que precocemente se adaptar ao ambiente e como reação à falha ambiental (falha na adaptação da mãe-ambiente ao bebê). Assim esse indivíduo poderá apresentar impossibilidades ou dificuldades em ter um gesto próprio, de ser criativo no mundo; de se negar a se adaptar ao mundo além de se adaptar ele, de também criar o mundo e não somente ser criado por ele.

- Em casos mais extremos de falha ambiental no início da vida do bebê, esse ainda poderia apresentar quadros clínicos como: autismo (não constituição total do ser, do self; ainda não pode-se dizer que há real integração); esquizofrenia (rompimento do self no início da constituição do mesmo; cisão; desintegração); borderline (aparentemente normal, mas vive uma cisão interna; falso self – submissão ao mundo).

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, Maria Lucia de T. M. Deficiências: um novo olhar. Contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. In: Estilos da Clínica, São Paulo, 2003, vol. VIII, nº 15, p. 94-111.

BARRETO, K. D. Ética é técnica no acompanhamento terapêutico. São Paulo, Unimarco Editora, 1988.

WINNICOTT, D. W. Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, Imago, 2000.

_____ Natureza Humana. Rio de Janeiro, Imago, 1990.

_____O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre, Artmed, 1983.

REFLEXÕES ACERCA DO TRABALHO PSICOTERAPÊUTICO COM PESSOAS SURDOCEGAS

Tadeu Barbosa Nogueira Jr [(1)];
Anne Würzler [(2)];
Camila Galafassi [(2)]
Cecília H. Myamoto [(2)];
Danilo Crespo [(2)];
Joyce E. Fukuda [(2)];
Juliana Galvão [(2)];
Marco V. Zahra [(2)];
Mariana Penteado [(2)];
Leila S. La P. C. Tardivo ;
Francisco B. Assumpção Jr

Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social
APOIAR/ PSC;
Projeto Distúrbios do Desenvolvimento / PSC – IPUSP

SURDOCEGUEIRA

- Surdocegueira: combinação de comprometimento (total ou parcial) em dois órgãos dos sentidos: audição e visão, sendo que nenhum desses órgãos dos sentidos é suficientemente sadio para compensar a perda do outro.
- Áreas afetadas: comunicação, mobilidade, informação.
- Problema: dificuldade de diagnóstico em decorrência da dificuldade de comunicação.
- Faz-se necessária: estimulação e atendimentos educacionais específicos.
- Principal causa da doença: Síndrome de Uscher.
- A implicação no desenvolvimento depende de diversas variáveis, a citar:

a) período em que surgiu;
b) período em que foram detectados a lesão, o grau e a localização da perda;
c) etiologia;
d) período em que a criança começou a receber atendimentos educacionais da deficiência específicos.

- A classificação educacional da surdocegueira é feita tendo por base o período em que se deu o surgimento da deficiência:

a) Pré-lingúisticos: surgiu anteriormente à aquisição de alguma forma de linguagem;

b) Pós-linguísticos: surgiu posteriormente à aquisição de linguagem (braile, LIBRAS, ou mesmo linguagem falada).

Considerando as duas possibilidades de período de ocorrência da surdocegueira, a pré-linguística gera maiores complicações, pois se torna necessário desenvolver com tal indivíduo a noção simbólica da linguagem.

- Formas alternativas de comunicação:

a) Língua de sinais: articulação ou configuração das mãos, associado à expressão facial.

b) Alfabeto dactilológico: alteração na articulação dos dedos para representar os caracteres nos alfabetos.

c) Sistema Braile: sistema de leitura e escrita é formado pela combinação de seis pontos dispostos em duas colun[xxi]as paralelas e três linhas.

d) Sistema braile digital: estrutura similar à do sistema braile, com pontos em alto-relevo.

e) Escrita ampliada: ampliação (impressa ou manuscrita) de textos, frases, palavras, sílabas e letras

f) Escrita alfabética na palma da mão: das letras em caixa alta (maiúsculas) do alfabeto ocidental na palma da mão da pessoa surdocega.

g) Tadoma: ou também conhecido como método de vibração, consiste na percepção tátil das vibrações produzidas durante o ato de falar.

SOBRE A PESSOA SURDOCEGA E SUA FAMÍLIA

- Criação de vínculos na família, principalmente entre pais e filho, é dificultada pelo isolamento sensorial da criança, o que pode levar, muitas vezes, ao diagnóstico errôneo de autismo.

- Pais de crianças com deficiência costumam pensar que elas serão crianças para sempre, o que pode estar relacionado com o conceito de idade mental inadequadamente veiculado. Esse tipo de pensamento leva a dificuldades em aceitar o desenvolvimento da sexualidade dessas crianças.

- Irmãos de pessoas com deficiência sofrem pela cobrança exagerada dos pais (tratamento desigual para com os filhos).

- O aprendizado de crianças surdocegas se dá aos poucos, num processo que consiste em apreender o desconhecido a partir do conhecido, com a introdução de novos elementos em rotinas já estabelecidas.

- A comunicação com a pessoa surdocega exige a exploração dos sentidos residuais, como o tato, o cheiro e o gosto.

- Existem dificuldades na imposição de limites às crianças surdocegas devido aos desafios comunicativos. Muitas vezes, a agressividade é uma tentativa desesperada de comunicação com o mundo.

ACERCA DO PSICÓLOGO E SUAS POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

- Partindo de Merleau-Ponty (1971), para quem a vivência do mundo se dá através do diálogo constante entre as estruturas perceptual e cognitiva, pode-se considerar que o trabalho junto a pessoas com múltipla deficiência sensorial (surdocegos) requer a aproximação da experiência perceptiva do sujeito, totalizando-a. Não se trata de adaptar o sujeito a uma forma de perceber o mundo; pelo contrário, é necessário considerar a maneira peculiar com que o indivíduo se relaciona com o mundo.

- As pessoas com deficiência devem ser vistas como realmente são e não por vieses de ideais que a sociedade impõe.

- Psicoterapia individual apresenta-se como uma intervenção fundamental nos casos de perda gradual da capacidade sensorial auditiva e visual. O trabalho tem como focos principais:

  a) O processo de elaboração de questões como a perda da independência, mudanças na imagem corporal, limitações de atividades que antes lhe eram corriqueiras etc.

  b) A re-significação da vida e aceitação de novos meios de comunicação (como LIBRAS tátil, tadoma etc) que impediriam o isolamento completo.

- O trabalho com os familiares da pessoa surdocega e com os profissionais que estão diretamente envolvidos com esse público torna-se fundamental para auxiliar na elaboração dos sentimentos que emergem na relação com a surdocegueira em si e com a pessoa que a apresenta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A tarefa do psicólogo junto à pessoa surdocega não é a cura da deficiência ou a aceitação das exigências do mundo, mas sim, favorecer o desenvolvimento psíquico e uma comunicação eficaz que permita a manifestação da sua alteridade.

- Junto à família da pessoa surdocega, o trabalho do psicólogo tem por objetivo promover a aceitação do seu integrante com deficiência tal como ele é, com suas potencialidades e com os seus limites, sem nunca pré-determinar as possibilidades de realização pessoal desse indivíduo.

REFERÊNCIAS

AMARAL, I., (2002) A educação de estudantes portadores de surdocegueira. In: MASINI, E. F. S. (Org) **Do sentido... pelos sentidos, para os sentidos** . Niterói, RJ: Editora Intertexto, p. 121-144.

AMIRALIAN, M. L. T. M. (1997) O psicólogo e a pessoa com deficiência. *In:* **Deficiência***:* Alternativas de Intervenção*.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CADER, F. A.A.A.; COSTA, M.P.R. da. (2005) **Descobrindo a Surdocegueira**: educação e comunicação . São Carlos – Universidade Federal de São Carlos.

KOVÁCS, M. J. (1997) Deficiência adquirida e qualidade de vida – possibilidades de intervenção psicológica. *In:* **Deficiência***: Alternativas de Intervenção.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

MAIA. S.R. AHIMSA (2002) - Os caminhos de uma instituição na área da surdocegueira. In: MASINI, E. F. S. (Org) **Do sentido... pelos sentidos, para os sentidos**. Niterói, RJ: Editora Intertexto, p. 233-246

MASINI, E. F. S. (1997) Intervenção Educacional junto à pessoa deficiente visual (D. V.) *In:* ***Deficiência:*** Alternativas de Intervenção*.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

MERLEAU-PONTY, M. (1971). **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Freitas Bastos.

PSICANÁLISE E NEUROCIÊNCIAS: INTERSECÇÕES

Laura Carmilo Granado
Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

1 - Psicanálise, Neurociências e Inconsciente

Na prática clínica nos deparamos com as várias formas de dualismo. Segundo Meissner (2006a) elas basicamente presumem que há uma mente separada, distinta do cérebro, e que a mente e o cérebro operam de algum modo em paralelo ou em alguma forma de interação. A neurociência contemporânea, no entanto, possui técnicas disponíveis que permitem ao pesquisador observar diretamente a ligação entre a ativação de processos cerebrais em relação a um amplo espectro de atividades mentais e físicas. As modernas técnicas de imagem e registro cerebral têm o efeito de abalar a hipótese dualista revelando associações (complexas) entre processos físicos e eventos mentais (MEISSNER, 2006a). Assim, os dados científicos atuais nos levam a uma postura monista, permitindo-nos questionar se as mudanças psíquicas provocadas pela psicoterapia psicanalítica são mediadas por mudanças neurobiológicas. Uma resposta afirmativa a esta questão sustentaria uma postura interdisciplinar tanto investigativa quanto no momento de propôr tratamentos.

Dentro deste paradigma de superação da visão dualista, Kandel (1999), neurocientista ganhador do prêmio Nobel em 2000, considera a Psicanálise a visão da mente mais coerente e satisfatória, ainda hoje. Damásio (1999), outro expoente da área, considera ser de bom senso atentar para uma leitura crítica da obra freudiana da perspectiva da neurociência contemporânea, da ciência cognitiva, e da filosofia. Segundo este autor, os tópicos que tiveram maior relevância para o pensamento de Freud, estão hoje recebendo ampla atenção científica.

Em 1895, Freud escolheu distanciar seu pensamento do cérebro material, quando não conseguiu conduzir seu “Projeto para uma Psicologia Científica” (FREUD, 1985) a uma conclusão satisfatória. Freud pretendia relacionar processos mentais a

processos neurais, entretanto o conhecimento disponível na época sobre o cérebro não sustentava esta fusão de maneira confiável (PANKSEPP, 1999).

Os aspectos da neurociência e ciência cognitiva, hoje, menos satisfatórios, são aqueles relacionados à emoção. Ao longo do século vinte, a psicanálise manteve-se como um bastião nas ciências humanas que reconhece a tendência emocional da mente. As idéias de Freud sobre a natureza do afeto estão consoantes com a visão mais avançada da neurociência contemporânea (DAMASIO, 1999; PANKSEPP, 1999).

A compreensão neurocientífica da memória relaciona-se com a mente inconsciente e, portanto, é de particular interesse à psicanálise (PALLY, 1997b, SOLMS, 1996). A idéia neurocientífica vai além da noção de que o inconsciente material seja resultado da repressão, mas não deixa de ser compatível com a visão analítica, ampliando sua visão do inconsciente (PALLY, 1997 b).

Segundo Kandel (1999), Freud utilizou o conceito de inconsciente em três diferentes perspectivas. Primeiro, ele referiu-se ao conteúdo reprimido, dinâmico, em que a informação sobre os conflitos e os impulsos é impedida de alcançar a consciência por poderosos mecanismos de defesa, como a repressão. Uma outra parte do ego inconsciente não é reprimida e nem concernente aos impulsos ou conflitos. Ela nunca é acessível à consciência e refere-se a hábitos e padrões perceptuais e motores, portanto diz respeito à memória procedural. KANDEL (1999) denomina este inconsciente de “inconsciente procedural”. Finalmente, Freud utilizou o termo descritivamente, em um sentido amplo - o inconsciente pré-consciente- para referir-se a quase todas as atividades mentais, à maioria dos pensamentos e todas as memórias que entram na consciência, pois, segundo Freud, embora não estejamos conscientes de todos os eventos mentais, eles podem ter um rápido acesso à consciência através de um esforço da atenção (SOLMS, 1996, KANDEL, 1999).

Dentre as estruturas cerebrais envolvidas na memória procedural, temos a amígdala. Existe uma enorme quantidade de estudos (ver GRANADO, RANVAUD, PELÁEZ, 2007; LEDOUX, 2001) que demonstram que algumas informações emocionais (como faces amedrontadoras, ou estímulos condicionados ao medo) não precisam ser conhecidas conscientemente para gerar respostas emocionais, como respostas autonômicas (condutância da pela, taquicardia, etc) que são geradas pela

amígdala, estrutura subcortical responsável por dar origem a essas respostas emocionais autonômicas. Ou seja, informações emocionais, não precisam atingir áreas corticais, que determinariam o conhecimento consciente da informação, para gerar respostas da amígdala e reações (não conscientes) de medo. Isso significa que objetos que a pessoa não sabe que viu, geram respostas emocionais. Aqui os neurocientistas falam de memória implícita. Que relação estes conceitos teriam com o conceito de inconsciente utilizado na psicanálise?

Segundo Joseph (1996) o lobo pré-frontal direito pode atuar impedindo o acesso de memórias particularmente dolorosas ou desprazerosas a este hemisfério, em uma tentativa de proteger o processamento da informação verbal. O mecanismo de defesa se constituiria no bloqueio da memória explícita pelo efeito inibitório de outra informação armazenada na memória a longo –prazo. Os pacientes histéricos estudados por Breuer e Freud teriam sido atormentados por memórias implícitas de eventos que não podem ser lembrados explicitamente. A memória implícita pode resultar em sintoma do trauma, com emoções e experiências somáticas sem a lembrança consciente do trauma (SCHACTER, 1996; PALLY, 1997 a).

Do ponto de vista da neurociência, o gradual desenvolvimento do controle executivo em relação à descarga afetiva parece se correlacionar com a maturação de mecanismos inibitórios do lobo frontal (DAMÁSIO, 1996; SOLMS, 1998; KANDEL, 1999). Os fatos clínicos derivados da lesão ventromesial do lobo frontal que constitui a “síndrome do lobo frontal" parecem sugerir que a inibição da descarga motora e a inibição emocional são funções correlatas, e que esta região cerebral é a localização anatômica na inibição da pulsão. O córtex pré-frontal representa alguns aspectos do julgamento moral, que governa a habilidade de planejar de forma inteligente e responsável. O córtex pré-frontal pode estar envolvido em funções coordenadas, psicanaliticamente atribuídas às funções executivas do ego, por um lado e do superego, por outro (KANDEL, 1999, SOLMS, NERESSIAN, 1999, SOLMS, 2000).

2 - Neurobiologia e Psicoterapias

Os circuitos e redes neurais não se desenvolvem somente com base em uma programação genética, mas também são modelados e influenciados por experiências desenvolvimentais e ambientais individuais (MEISSNER, 2006a). Diversas

investigações vêm mostrando que assim como as drogas psicotrópicas são capazes de alterar a atividade mental do indivíduo, toda a forma de psicoterapia altera o padrão de comunicação neural em áreas específicas do cérebro, ao prover estímulos que deixam traços de memória. A potenciação a longo prazo refere-se a um aumento de atividade sináptica por um longo período de tempo produzido por uma descarga neuronal intensa. Este é um modelo possível de explicação da plasticidade sináptica atividade-dependente subjacente à memória de longo prazo alterada pela psicoterapia (LANDEIRA-FERNANDES, CRUZ, 1998; LIGGAN, KAY, 1999).

Os efeitos da psicoterapia comportamental sobre pacientes com Transtorno obsessivo-compulsico já foi objeto de dois estudos realizados através da Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET). BAXTER et al. (1992) investigou taxas metabólicas cerebrais de glicose em pacientes com transtorno obsessivo compulsivo antes e após o tratamento com antidepressivo (fluoxetina) ou terapia comportamental. Após o tratamento, os pacientes que responderam a ambos os tratamentos apresentaram diminuição significativa da taxa metabólica no núcleo caudado que correlacionou-se significativamente com os resultados clínicos de ambos os tratamentos. SCHWARTZ et al. (1996) estendeu estes resultados ao combinar a esta, novas amostras de pacientes submetidos a modificação comportamental e obter resultados semelhantes.

Um estudo com SPECT (*Single-photon emission computed tomography*) verificou anormalidades no gânglio basal em pacientes deprimidos, com subseqüente aumento de perfusão temporal e no giro cingulado após terapia cognitiva ou medicamento antidepressivo (DUBE et al, 1993).

BRODY; SAXENA; STOESSEL et al. (2001) investigaram a psicoterapia interpessoal para pacientes com Depressão Maior. O foco da terapia foi a melhora do relacionamento social e redução de sintomas depressivos. Avaliando-se o tratamento com paroxina ou psicoterapia interpessoal através do PET, observou-se que embora os pacientes tratados com paroxina tenham obtido um maior alívio dos sintomas, ambos os subgrupos tenderam à normalização das taxas metabólicas das áreas consideradas anormais na linha de base: córtex pré-frontal e lobo temporal. Considerações de limitações do método foram feitas pelos próprios autores e por THASE (2001). BRODY; SAXENA; MANDELKERN et al. (2001) examinaram, então, trinta e nove pacientes com Depressão Maior submetidos ao PET antes e após o tratamento com paroxetina ou

psicoterapia interpessoal. A melhora dos fatores ansiedade/somatização, retardo psicomotor, distúrbio cognitivo e distúrbio do sono foi associada a uma diminuição no metabolismo na porção ventral do lobo frontal. Os autores verificaram que as regiões cerebrais relacionadas à provocação de sintomas em controle normais, têm uma relação similar com os sintomas da depressão maior quando os pacientes melhoram com o tratamento.

MARTIN, MARTIN, RAI, RICHARDSON, ROYALL (2001) estudaram pacientes com depressão maior submetidos ao tratamento com psicoterapia interpessoal ou venlafaxina. Os pacientes, neste estudo foram escaneados com o SPECT. Verificou-se que os dois grupos melhoraram substancialmente, embora o tratamento com venlafaxina tenha apresentado melhora maior, segundo o escore da escala Hamilton. O grupo submetido à psicoterapia interpessoal apresentou uma ativação límbica, não verificada no grupo submetido ao tratamento com velafaxina.

Alguns estudos atuais vêm investigando os efeitos da psicoterapia sobre o cérebro através de paradigmas de ativação (FURMARK et al, 2002; PAQUETTE et al, 2003). Paradigmas de provocação de emoções possibilitam a aquisição de imagens cerebrais funcionais durante a intensificação de estados afetivos patológicos (BUSATTO, 2000). Nestes paradigmas, solicita-se que o paciente lembre eventos da vida relacionados a determinado afeto, ou se expõe o sujeito a um indutor de emoção.

Furmark et al (2002) realizou o PET durante uma tarefa de fala pública geradora de ansiedade para pacientes com fobia social. Paquette et al (2003) investigou os efeitos da terapia cognitivo-comportamental sobre os correlatos neurais da fobia a aranhas apresentando, antes e após o tratamento, trechos de filmes com aranhas durante o fMRI. Estes estudos (FURMARK et al, 2002; PAQUETTE et al, 2003) mostram que a psicoterapia altera o padrão de funcionamento neural durante o processamento de estímulos fóbicos.

Baseando-se nos estudos revistos aqui e no contexto de uma emergente visão da plasticidade cerebral, a distinção entre terapias somáticas que impactam sobre o cérebro e terapias psicológicas com efeitos puramente subjetivos não é sustentável por muito tempo (BEUTEL, 2003). Os mesmos processos psicobiológicos podem somente ser aproximados de dois ângulos separados, um psicológico e o outro neurobiológico,

mas ambos estão estudando o mesmo processo subjacente. Há diferentes níveis de descrição (descrição cerebral e descrição da experiência subjetiva) do mesmo fenômeno (MEISSNER, 2006a).

Liggan e Kay (1999), em artigo de revisão, sugerem que diferentes abordagens psicoterápicas afetam diferentemente o cérebro. A psicoterapia comportamental foca as disfunções de aprendizado e memória relacionados a condicionamento operante e respondente e a comportamento motor, paradigma que envolve estruturas como amigdala, gânglio basal e hipocampo. A terapia cognitiva atua sobre padrões de processamento da informação e atitudes disfuncionais, os quais envolvem áreas como neocórtex, especificamente córtex pré-frontal (ver LIGGAN, KAY, 1999). No tratamento da depressão, a terapia cognitiva, exerceria uma influência cortical “top-down” sobre as vias límbicas (BECK et al, 1982).

3 - Psicanálise: transformações psíquicas e neurofisiológicas

Uma questão central à psicanálise é: onde as mudanças psicoterapeuticamente induzidas ocorrem (KANDEL, 1999)?

Temos um estudo empírico realizado com psicoterapia psicodinâmica e neuroimagem. Viinamaki et al (1998) realizou uma investigação com SPECT em um paciente com transtorno bipolar e depressão antes e depois de um ano de psicoterapia dinâmica. Antes do tratamento, o paciente apresentou o nível serotoninérgico reduzido no córtex pré-frontal e no tálamo comparado com controles saudáveis. Após um ano de psicoterapia psicodinâmica, o paciente obteve a normalização da taxa serotoninérgica, enquanto um controle sem psicoterapia não mostrou esta normalização.

Imbasciati, psicanalista italiano, tem proposto um olhar do processo analítico a partir da neurofisiologia. O autor afirma que alguns efeitos da psicoterapia que caracterizam por impulsos nervosos que alcançam os níveis subcorticais ou corticais com um modesto efeito bioelétrico que logo se dispersa. Estes referem-se à simples informação analítica, com memorização inteiramente nula. Já os efeitos bioelétrico em cadeia que se mantém por um certo tempo (memória a curto prazo), ou ainda transmutam-se em efeitos bioquímicos que se depositam no RNA (memória a longo

prazo), refletem elaboração de produtos psíquicos a partir do material sensorial (IMBASCIATI, 1998).

Mudanças a longo prazo nas funções mentais envolvem alterações na expressão genética (SQUIRE; KANDEL, 1999). Kandel afirma que estudando as mudanças específicas nos estados mentais subjacentes que persistem, é possível procurar alteração de expressão genética, então questiona: como expressões genéticas alteradas conduzem a alterações de longo-prazo dos processos mentais? Segundo Kandel (1999), ao realizar mudanças persistentes nas atitudes, hábitos, e no comportamento consciente e inconsciente, a psicanálise produz alterações estruturais no cérebro (KANDEL, 1999).

Segundo Liggan e Kay, a psicoterapia psicodinâmica tem como foco as representações interpessoais, o tipo de expectativa sobre o Self, sobre os outros, e suas relações que organizam afetos, pensamentos e comportamentos. A neurobiologia subjacente às relações interpessoais provavelmente envolve circuitarias neurais complexas como a laterização dos hemisférios cerebrais e áreas subcorticais e o lobo temporal esquerdo pode ser o foco cerebral para alguns processos psicopatológicos que podem ser melhorados por psicoterapia psicodinâmica (ver LIGGAN e KAY, 1999).

O lobo temporal medial subjaz nossa consciência, ou memória explícita, e a amigdala está implicada em armazenamentos implícitos (inconsciente) de memórias sobre situações nocivas. A mesma condição que leva uma pessoa a ter uma amnésia (perda da memória consciente) para eventos relacionados a um evento traumático, pode também levar a um poder particular da memória inconsciente ter uma influência direta na forma como a pessoa age e sente. A terapia da fala envolveria o córtex pré-frontal lateral, pois a consciência do próprio pensamento obtido pela psicoterapia, estaria implicada na memória de trabalho aí representada (LEDOUX, 1999). Beutel et al (2003) cita estudos que demonstram que filogeneticamente, os mecanismos límbicos antigos (incluindo a amigdala) de avaliação emocional parecem estar conectados a funções lingüísticas mais recentemente evoluídas. O que talvez demonstre que na análise, as emoções podem ser submetida à compreensão racional, possível através da linguagem. E isso seria verdadeiro inclusive do ponto de vista neural.

Segundo LeDoux (2001), nas terapias psicanalíticas as alterações no

comportamento de medo, por exemplo, seriam provocadas pelo controle da reação de medo pelo córtex: o córtex seria levado a controlar a amígdala. Segundo Meissner (2006b), como resultado da maturação, o córtex desenvolve a capacidade de modular os padrões emotivos subcorticais. O processamento consciente e a verbalização própria do processo analítico poderia modificar e aumentar esse funcionamento cortical, considerando que o córtex é mais plástico que as áreas subcorticais límbicas (ver MEISSNER, 2006,b). A psicoterapia levaria a uma melhor modulação pelos centros corticais superiores dos padrões de resposta neuronal no nível do sistema límbico. As funções neocorticais de linguagem e simbolização seriam agentes de tomada de consciência e mudança (BEUTEL et al, 2003)

Panksepp (1999) afirma que o objetivo da terapia psicodinâmica pode ser considerado como o de estabelecer uma ressonância emocional mais harmoniosa nas infra-estruturas neurais primitivas. Alguns autores consideram que atualmente a psicofarmacologia parece mais eficaz em alcançar tais resultados (THAYER, 1989, PAKSEPP, 1999). De qualquer forma, parece desejável que as aproximações psicanalíticas desenvolvam fortes relações com todas as aproximações somáticas conhecidas por modificar o humor. Estudos neurofisiológicos apontam para desequilíbrios de neurotransmissores em certos transtornos que justificam uma combinação entre tratamento psicoterapêutico e medicamentoso (por exemplo, no transtorno obsessivo-compulsivo, na depressão severa ou pânico, etc) (BEUTEL, 2003)

O divórcio travado entre psiquiatria e psicanálise é hoje dirigido por mais por forças ideológicas, políticas e econômicas que científicas (GABBARD, GUNDERSON, FONAGY, 2002).

Freud antecipou que o controle neuroquímico dos estados afetivos poderiam eventualmente tornar-se uma realidade:

> *O futuro pode ensinar-nos a exercer influência direta, através de substâncias químicas específicas, nas quantidades de energia e na sua distribuição no aparelho mental. Pode ser que existam outras possibilidades ainda não imaginadas de terapia.* " (FREUD, 1940, p. 1210)

Entretanto, os estudos citados, com o imageamento cerebral mostram que o imaterial da fala do terapeuta também atua sobre a materialidade do cérebro, mostrando o impacto que a psicoterapia pode desempenhar sobre o tecido neural, modificando padrões de comunicação sináptica e alterando o comportamento (LANDEIRA-FERNANDES, MELLO CRUZ, 1998). Lidando com a relação mente-cérebro, podemos compreendê-la melhor como uma unidade básica fundamental e uma integração da função cerebral com a atividade mental (MEISSNER, 2006a) numa relação nem dualista nem redutivamente monista, mas em uma visão em que ambos, corpo e mente, estão dentro da mesma estrutura operativa (MEISSNER, 2006b). Nesta perpectiva , emerge o Self, uma entidade integrada constituída de corpo e mente (MEISSNER, 2006c).

Agora que um século se passou desde que Freud iniciou suas aspirações prematuras para uma psicobiologia coerente, talvez pela primeira vez o momento seja propício para unir o pensamento psicanalítico e neurocientífico em uma síntese coerente (BILDER, 1998).

4 - Conclusões

É muito importante uma leitura crítica da tentativa de aproximação entre neurociências e psicanálise. Tentativas prematuras de integração podem não fazer justiça à complexidade de ambos os campos. Interpretações excessivamente concretas ou generalizantes dos achados psicodinâmicos em uma linguagem neurobiológica em uma tentativa de provar a efetividade do tratamento psicodinâmico por métodos “verdadeiramente científicos”, são um obstáculo à cooperação entre as duas tradições. Além disso, a idéia de “provar” a efetividade da psicanálise e da psicoterapia por procedimentos das neurociências parece uma visão unilateral à luz dos recentes processos psicoterapêuticos e dos resultados de pesquisas que têm se mostrado cada vez mais ricos e multidimensionais (ver BEUTEL, 2003).

Kandel refere ser seu desejo, que unindo–se à neurociência cognitiva e desenvolvendo uma nova e forte perspectiva sobre a mente e seus transtornos, a psicanálise retome sua energia intelectual (KANDEL, 1999). Neurocientistas e psicanalistas da atualidade estão re-analisando os postulados psicanalíticos da

perspectiva da neurociência. Há diversos estudos empíricos sobre a neurobiologia das diversas psicoterapias. Afirmações teóricas quanto às mudanças neurofisiológicas decorrentes da psicanálise e da psicoterapia de base analítica, também têm sido realizadas. Além de esta ser uma questão importante à neurociência, à psicanálise, à filosofia, à biologia e às diversas formas tratamentos mental, o tema apresenta relevância social considerável, pois revistas de comum circulação (CAVALCANTE, 2002; LOBO, 2002, MOORE, 2007) passam, também a questionar a postura psicanalítica diante dos avanços da neurociência e da psicofarmacologia. Dentre as poucas respostas obtidas, aponta-se principalmente para intervenções interdisciplinares (HOLLON, THASE, MARKOWITZ, 2005). Este campo de estudos inaugura um espaço para um diálogo ético-científico entre a prática psicoterápica com fundamento psicanalítico e a psiquiatria, o que, do ponto de vista pragmático, pode favorecer, também, um maior rigor científico no manejo entre intervenções psicobiológicas e psicoterapias psicanalíticas.

Portanto, este trabalho vem nos colocar a pensar: "*Quais as mudanças neurofisiológicas decorrentes do processo psicanalítico*?" *"Ao tornar consciente um conteúdo emocional desagradável quais modificações ocorreriam nas conexões entre amígdala e estruturas corticais?"*

Se mudanças neurobiológicas ocorrem, em decorrência da psicoterapia psicanalítica, é possível defender uma postura interdisciplinar no manejo das possibilidades e limites das intervenções psicofarmacológicas e de base psicanalítica.

REFERÊNCIAS:

BAXTER, L. R., JR.; SCHWARTZ, J. M.; BERGMAN, K. S.; SZUBA, M. P.; GUZE, B. H.; MAZZIOTTA, J. C.; ALAZRAKI, A.; SELIN, C. E.; FERNG, H. K.; MUNFORD, P.; ET AL. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. **Arch Gen Psychiatry,** v. 49, n. 9, 1992, p. 681-689.

BECK, A. T.; RUSH, J.A.; SHAW, B. S.; EMERY, G. (1979) Terapia cognitiva da depressão. **Rio de Janeiro : Zahar, 1982.**

BEUTEL, M. E.; STERN, E.; SILBERSWEIG, D. A. The emerging dialogue between psychoanalysis and neuroscience: neuroimaging perspectives. **Journal of the American Psychoanalytic Association,** v. 51, n. 3, 2003, p. 773-801.

BILDER, R. **Centenial of Freud's Project for a Scientific Psychology**. New York: New York Academy of Sciences, 1998.

BRODY, A. L.; SAXENA, S.; MANDELKERN, M. A.; FAIRBANKS, L. A.; HO, M. L.; BAXTER, L. R. Brain metabolic changes associated with symptom factor improvement in major depressive disorder. **Biol Psychiatry,** v. 50, n. 3, 2001, p.171-8.

BRODY, A. L.; SAXENA, S.; STOESSEL, P.; GILLIES, L. A.; FAIRBANKS, L. A.; ALBORZIAN, S.; PHELPS, M. E.; HUANG, S. C.; WU, H. M.; HO, M. L.; HO, M. K.; AU, S. C.; MAIDMENT, K.; BAXTER, L. R., JR. Regional brain metabolic changes in patients with major depression treated with either paroxetine or interpersonal therapy: preliminary findings. **Arch Gen Psychiatry,** v. 58**,** n. 7, 2001, 631-40.

BUSATTO FILHO, G. Imagens do funcionamento cerebral durante tarefas cognitivas e emocionais: aplicacoes da tecnica de ressonancia magnetica funcional em psiquiatria **Rev. psiquiatr. clin.,** v. 27, n.3, 2000, p. 164-72.

CAVALCANTE, R. O fim da Psicanálise? **Super Interessante**,outubro 2002, p.42-50.

DAMASIO, A. R. The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. **Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci,** v. 351, n. 1346, 1996, p. 1413-20.

DAMASIO, A. R. Commentary. **Neuro psychoanalysis,** v.1, n. 1, 1999, p. 38-39,.

DUBE, S.; DOBKIN, J. A.; BOWLER, K. A.; THASE, M. E.; KUPFER, D. J. Cerebral perfusion changes with antidepressant response in major depression [abstract]. **Biol Psychiatry**. v. 33, 47, 1993.

FREUD, S. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In **Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud** (Vol. III). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

FREUD, S. (1940[1938]) Esboço de Psicanálise. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** Vol.XXIII. Rio de Janeiro. Imago, 1975

GABBARD, G. O.; GUNDERSON, J. G.; FONAGY, P. The place of psychoanalytic treatments within Psychiatry. **Arch Gen Psychiatry,** v. 59, n. 6, 2002.

GRANADO, L. C.; RANVAUD, R.; PELÁEZ, J. R. A spider-less arachnophobia therapy: Comparison between placebo and treatment groups and six-month follow-up study. **Neural Plasticity**, v. 2007, 2007.

FUMARK, T.; TILLFORS,M.; MARTEINSDOTTIR, I.; FISCHER, H.; PISSIOTA, A.; LANGSTROM, B.; FREDRIKSON, M. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. **Arch Gen. Psychiatry**, v. 59, 2002, p. p. 425-433.

IMBASCIATI, A. **Afeto e representação :para uma psicanálise dos processos cognitivos**. São Paulo: Editora 34, 1998.

HOLLON, S. D. THASE, M. MARKOWITZ, J. C. Tratamento da depressão: medicação ou psicoterapia? **Viver Mente e Cérebro**, n. 146, 2005.

JOSEPH, R. **Neuropsychiatry, Neuropsychology and Clinical Neuroscience**. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.

KANDEL, E. R. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. **Am J Psychiatry,** v. 156, n. 4, 1999, v. 505-24.

LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; CRUZ, A. P. M. A Interpretação Psicobiológica da Clínica Psicológica: Por que a Psicoterapia Funciona? Por que Psicoterapeutas Devem ter o Direito de Prescrever Drogas Psicotrópicas? **Cadernos de Psicologia,** v. 9, 1998, p. 121-155.

LEDOUX, J. *O Cérebro Emocional:* os misteriosos alicerces da vida emocional. Trad: Terezinha batista dos Santos. Rio de janeiro, Objetiva, 2001.

LIGGAN, D. Y.; KAY, J. Some neurobiological aspects of psychotherapy: a review. **J Psychother Pracr Res,** v. 8, n. 2, 1999, p. 103-114.

LOBO, F. Podem as novas drogas substituir a psicanálise? A cura do eu. **Carta Capital,** n. 217, 2002, p. 12-18.

MARTIN, S. D.; MARTIN, E.; RAI, S. S.; RICHARDSON, M. A.; ROYALL, R. Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride: preliminary findings. **Arch Gen Psychiatry,** v. 58**,** n. 7, 641-8, 2001.

MEISSNER, W. W. The min-brain relation and neuroscientific foundations: I. The problem and neuroscientific approaches. **Bulletin of the Menninger Clinic**, v. 70, n. 2, , 2006 a, p. 239-256.

MEISSNER, W. W. The min-brain relation and neuroscientific foundations: II. Neurobehavioral integrations. **Bulletin of the Menninger Clinic**, v. 70, n. 2, 2006 b, p. 102-124.

MEISSNER, W. W. Prospects for psychoanalysis in the 21st century. **Psychoanalytic Psychology**, v. 23, n. 2, 2006c, p. 239-256.

MOORE, A. Felicidade na dose certa? **Carta Capital**, Ano XIII n. 445, 23 de maio de 2007.

PALLY, R. How the brain actively constructs perceptions. **Int J Psychoanal,** n., 1997a.

PALLY, R. Memory: Brain systems that link past, present and future. **International Journal of Psycho Analysis,** v. 78**,** n. 6, 1997b, p.1223-1234.

PALLY, R.; OLDS, D. Consciousness: a neuroscience perspective. **Int J Psychoanal,** n., 1998.

PANKSEPP, J. Emotions as viewed by psychoanalysis and neuroscience: An exercise in consilience. **Neuro psychoanalysis, 1**, n. 1, 1999, p.15-38.

PAQUETTE, V.; L'ÉVESQUE, J.; MENSOUR, B.; LEROUX, J-M; BEANDOIN, G.; BOURGOUIN, P.; BEAUREGARD, M. Change the mind and you change the brain: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. **Neuroimage**, v. 18, 2003, p. 401-409,.

SCHWARTZ, J. M.; STOESSEL, P. W.; BAXTER, L. R., JR.; MARTIN, K. M.; PHELPS, M. E. Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification

treatment of obsessive-compulsive disorder. **Arch Gen Psychiatry,** v. 53, n. 2, 1996, p.109-13.

SOLMS, M. Towards an anatomy of the unconscious. **Journal of Clinical Psychoanalysis,** v.5, n. 3, 1996, p. 331-367.

SOLMS, M. Psychoanalytische Beobachtungen an vier Patienten mit ventromesialen Frontalhirnlaesionen. / Psychoanalytic observations on four patients with ventrimesal frontal lobe lesions. **Psyche: Zeitschrift fuer Psychoanalyse und ihre Anwendungen,** v. 52, n. 9-10, 1998, p. 919-962.

SOLMS, M.; NERESSIAN, E. Freud's theory of affect: Questions for neuroscience. **Neuro psychoanalysis, v.**1, n. 1, 1999, p. 5-14.

SQUIRE, L. S.; KANDEL, E. R. **Memory: From Molecules to Memory: Scientific American Libray**. New York: Freeman Press, 1999.

STERN, D. The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. **Infant Ment Health J., 19,** n., 1998, p.300-308.

THASE, M. E. Neuroimaging profiles and the differential therapies of depression. **Arch Gen Psychiatry,** v. 58, n. 7, 2001, p. 651-3,.

THAYER, R. E. **The Biopsychology of Mood and Arousal.** New york: Oxford University Press, 1989.

VINAMAKI, H; KUIKKA, J.; TIIHOUNEN, J. Changes in monoamine transport density related to clinical treatment: a case controlled study. **Nordic Journal of Psychiatry**, v.33, 1998, p. 39-44.

BASES ORGÂNICAS DA COMUNICAÇÃO MÃE-BEBÊ: Uma articulação entre neurônios-espelho e preocupação materna primária

Laura Carmilo Granado[46]
Rogério Lerner[47]
Leila Salomão La Plata Tardivo

Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social e Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida - IPUSP

1 Introdução: estudos empíricos sobre os neurônios espelho

Os neurônios espelho são conhecidos pelo fato de dispararem tanto quando um sujeito tem um dado sensorial (auditivo ou visual, por exemplo) de uma ação executada por outro como quando o próprio sujeito executa esta mesma ação. Não são apenas os parâmetros físicos como força ou direção do movimento que são decodificados pelos neurônios espelho, mas mais do que isso, a relação em termos motores entre o agente e o objeto da ação (GALLESE, 2003). Por exemplo, quando alguém pega um alimento, é a interação entre essa pessoa e o alimento que são decodificadas. Além disso, existe uma independência entre qual é o órgão que efetua uma ação e o estado final que este mesmo efetor é suposto atingir. Por exemplo, os neurônios relacionados ao segurar disparam a qualquer momento quando o sujeito experimental segura com sucesso um objeto, independentemente do efetor utilizado, seja uma de suas duas mãos, a boca, ou ambos. Outro dado importante, é que mesmo quando as dicas visuais

[46] **Doutoranda do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP e pesquisadora do APOIAR. Email: lauracgranado@gmail.com**

[47] **Professor Doutor do Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade do IPUSP e pesquisador da Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida. E-mail: rogerlerner@uol.com.br**

são limitadas, há ativação dos neurônios espelho (UMILTÀ et al, 2001). Estes dados empíricos permitem-nos concluir que os neurônios espelho projetam em um esquema representacional aquilo que não está dado no mundo objetivo. Essa representação é independente de suas diferentes formas de apresentação e da perspectiva de espaço a partir da qual o conteúdo representado é projetado. Não são, portanto, os dados físicos e sim uma representação que permite ao observador colocar-se no mesmo estado interno de quando ele executa ativamente a ação observada.

2 O multíplice compartilhamento da intersubjetividade e os estudos de Winnicott

A partir destes dados, Gallese (2003) defende que exista um espaço compartilhado mediado pelos neurônios espelho em que os "indivíduos interativos" compartilham um mesmo conteúdo implícito semântico. Têm-se investigado a possibilidade de que os neurônios medeiem a compreensão empática, tal como descrita pela fenomenologia (METZINGER; GALLESE, 2003). O conceito de empatia estendido ao sistema multíplice de compartilhamento da intersubjetividade lança luz sobre a uniformidade de conteúdo compartilhado por diferentes organismos.

A identidade-s é experienciada com os outros indivíduos em contraposição à identidade-i, que nos permite sentirmos como organismos individuais. É na identidade-s que há um espaço intencional compartilhado a partir dos neurônios espelho e o multíplice compartilhamento da intersubjetividade abarcaria aspectos que variam desde o reconhecimento dos outros seres humanos com similares a nós, passando pela capacidade de imitação autônoma, por exemplo o comportamento de imitação dos bebês (MELTZOFF; MOORE, 1977), até o reconhecimento da intencionalidade do outro.

3 Preocupação Materna Primária e Neurônios Espelho

No estado que Winnicott denomina “Preocupação Materna Primária” a mãe apresenta um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente no final da gravidez, que continua por algumas semanas depois do nascimento da criança. Este estado torna a mãe especialmente apta para captar as sensações, afetos, emoções e necessidades do bebê, sabendo o que ele necessita naquele momento exato, “antes que a necessidade seja expressa através de um gesto” (WINNICOTT 1987b). Não fosse pela gravidez, este estado seria uma condição psiquiátrica, uma “doença normal” ou um estado organizado que “poderia ser comparado a um estado retraído, ou a um estado dissociado ou uma fuga, ou mesmo a uma perturbação a um nível mais profundo, tal como um episódio esquizóide, no qual algum aspecto da personalidade assume temporariamente o controle” (WINNICOTT, 1956, p.494). Embora a mãe esteja identificada com o bebê, ela não se perde, ela permaneça adulta (WINNICOTT, 1987a).

Para Gallese (2003), no início da vida há um predomínio da identidade eu-outro, que preexiste à dicotomia eu-outro. Nosso espaço semântico seria substancialmente constituído do espaço intersubjetivo compartilhado no qual vivemos desde o nascimento. Poderíamos pensar, então, que este multíplice compartilhamento da intersubjetividade nasce da indiferenciação do início da vida. Winnicott também considera que o bebê vive na indistinção e indiferenciação eu-outro. A mãe seria, inicialmente, parte dele (WINNICOTT, 1987a).

Aplicando os conceitos de Gallese às proposições winnicottianas, poderíamos afirmar que o recém nascido não tem ainda uma identidade-i estabelecida. E embora a mãe já tenha uma identidade-i constituída, ao tornar-se temporariamente “doente”, apresenta uma ruptura, um desequilíbrio nessa identidade, o que a permite se identificar com seu

bebê e, portanto, captar seus conteúdos. A relação entre mãe e bebê se estabeleceria, então, em um campo trans-subjetivo que torna frágil, embora não nula para a mãe, a possibilidade de diferenciação. Os neurônios espelho seriam responsáveis pela possibilidade de que determinados conteúdos existam simultaneamente na mente da mãe e na mente do bebê.

Conclui-se que o diálogo entre neurociências e psicanálise faz-se necessário para a compreensão de fenômenos que até então se sustentam do ponto de vista explicativo, mas que, no entanto, carecem de sustentação empírica e experimental. Para isso, é necessário que os entraves políticos que demarcam os diferentes territórios sejam superados e que o diálogo entre saberes se estabeleça.

Referências Bibliográficas

GALLESE, V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity, *Psychopathology*, v. 36, 2003, p. 171-180.

MELTZOFF, A. N. ; MOORE, M. K. Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, v. 198, 1977, p. 75-78.

METZINGER, T. GALLESE, V. The emergence of a shared action ontology: building blocks for a theory. *Consciousness and Cognition*, v. 12, 2003, p. 549-571.

UMILTÁ, M. A.; KOHLER, E.; GALLESE, V.; FOGASSI, L.; FADIGA, L.; KEYSERS, C. I know what you are doing: a neurophysiological study. *Neuron*, v. 31, 2001, p. 155-165.

WINNICOTT, D. W. (1987a) A mãe dedicada comum In: *Os bebês e suas mães.* Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1987b) A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: *Os Bebês e Suas Mães.* Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1956) Preocupação materna primária In: *Textos Selecionados: da Pediatria à Psicanálise*, Trad. Jane Russo. Rio de Janeiro: F. Alves, 1993.

ESTUDO SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES PORTADORES DE GLOMERULOPATIAS: UMA CONTRIBUIÇÃO DO MÉTODO DE RORSCHACH

Valdeli Vieira
Lucilena Vagosteo
Claudia Aranha Gil
Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

RESUMO

Introdução

É tema de interesse e preocupação dos profissionais de saúde o grau com que o indivíduo, acometido por uma condição de enfermidade que exige cuidados médicos, consegue cumprir as recomendações feitas pela equipe que o assiste. Nesse sentido, diferentes estudos vêm sendo desenvolvidos nas áreas da saúde no sentido de buscar uma maior compreensão sobre esta questão. A literatura aponta que os fatores que interferem na adesão ao tratamento referem-se ao tratamento propriamente dito, à relação médico-paciente e ao próprio paciente, incluindo suas características de personalidade.

No caso de pacientes portadores de glomerulopatias a compreensão sobre tais fatores assume fundamental importância, uma vez que nesses pacientes, a não adesão ao tratamento médico proposto pode levar à perda da função renal.

Objetivo

O presente estudo buscou verificar junto a uma amostra de pacientes acometidos por glomerulopatias se determinadas variáveis referentes à personalidade podem estar associadas ao comportamento de adesão ao tratamento ou ao comportamento de não adesão.

Metodologia

Delineamento: estudo transversal, no qual os sujeitos foram avaliados em um único ponto no tempo (corte transversal).

Sujeitos: 38 pacientes incluídos aleatoriamente com diagnóstico de glomerulopatia há pelo menos 2 meses (primária ou secundária).

Instrumentos utilizados: entrevista semi-dirigida e Método de Rorschach (avaliado segundo o método de Exner).

A partir do levantamento realizado através de auto-relato do tipo de comportamento apresentado pelo paciente (aderente ou não-aderente), foram formados dois grupos a fim de comparação.

Resultados:

Os pacientes integrantes do grupo caracterizado pelo comportamento de não adesão diferiram de forma estatisticamente significante dos demais por revelarem maior isolamento e baixo interesse relacional (65%).

O traço psicopatológico de maior prevalência em ambos os grupos foi o traço depressivo, observado em 47% dos pacientes aderentes e 61% dos pacientes não aderentes ao tratamento.

58% dos pacientes que não aderem ao tratamento o fazem por concentrarem-se nas dificuldades do mesmo e não por não acreditarem em seus benefícios.

Conclusão:

Os resultados apresentados reforçam a necessidade cada vez maior que as equipes de saúde se configurem através da interdisciplinaridade, possibilitando que o paciente venha a ser atendido integralmente em suas dificuldades. Nesse sentido, o psicólogo, através de sua escuta terapêutica e sua prática profissional é de grande valia nas equipes de saúde na medida em que pode auxiliar os pacientes a desenvolver recursos internos que os permitam lidar com sua condição de saúde favorecendo a adesão ao tratamento médico.

PSICODIAGNÓSTICO INTERVENTIVO: RELATO DE CASO

Valdeli Vieira
Márcia Aparecida Isaco Souza
Alexandre Boronat
Leila Salomão La Plata Cury Tardivo

RESUMO

Introdução

O psicodiagnóstico interventivo diferencia-se das formas tradicionais de avaliação psicológica, uma vez que considera que durante esse período é possível a realização de intervenções terapêuticas à partir da compreensão dos aspectos latentes dos sintomas apresentados, podendo gerar mudanças no paciente.

Nesse sentido aproxima-se da conceituação teórica das consultas terapêuticas propostas por DW Winnicott, e utiliza-se na maioria das vezes de instrumentos projetivos, por serem estes os que possibilitarão um acesso mais profundo à psicodinâmica do paciente.

Objetivo

Apresentar essa técnica através do relato de caso de criança com sintoma de depressão reativa leve.

Metodologia

Sujeito: S, 10 anos, sexo feminino, com queixas de crises compulsivas de choro no período noturno há 3 anos,apresentando traços de apatia e tendência ao isolamento.
Instrumentos: entrevistas interventivas com os pais e a criança, hora lúdica diagnóstica, Questionário Desiderativo e Procedimento Desenho-Estória.

Resultados

A avaliação psicodiagnóstica evidenciou que a criança apresentava traços depressivos de personalidade, porém não observamos uma estrutura depressiva.

Constatou-se que seus sintomas eram reativos à separação do casal parental tendo sido intensificados em decorrência da vivência de conflitos edípicos por ocasião da mesma. Observou-se também a necessidade da criança em satisfazer o outro para obtenção de afeto a custa da repressão de seus componentes agressivos, bem como a ocorrência de baixa tolerância à frustração e tendência à idealização. Criou-se durante a avaliação um campo de reflexão que permitiu a elaboração dos conflitos surgidos, havendo ao final dela total remissão dos sintomas apresentados inicialmente.

Conclusão

A escolha por técnicas de avaliação adequadas permitiu à terapeuta a percepção e compreensão dos conflitos que emergiram durante a avaliação. As intervenções realizadas e os resultados obtidos confirmam a eficácia desta técnica.

SER E FAZER

OFICINAS TERAPÊUTICAS DE CRIAÇÃO

O MUNDO TRANSICIONAL PAPELEIRO DA OFICINA ARTE DE PAPEL: UM ENQUADRE DIFERENCIADO NA ARTEPSICOTERAPIA

Tânia Maria José Aiello Vaisberg
Fabiana Follador e Ambrosio
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Apresentamos uma modalidade específica de intervenção psicanalítica, articulada teoricamente à luz das contribuições do psicanalista e pediatra inglês D. W. Winnicott, que tem lugar no enquadre clínico diferenciado designado como Oficina Arte de Papel da "Ser e Fazer: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação", serviço de atendimento psicoterapêutico do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Usando a narrativa de encontros clínicos, apresentamos a especificidade desta proposta, que faz uso de uma particular materialidade mediadora - a polpa de papel. Entende-se que a materialidade, como rabisco singular do analista, presentifica sua pessoa concreta, enquanto que o espaço da Oficina acontece como um mundo transicional "papeleiro", potencialmente capaz de albergar experiências de novo acontecer, em campo vincular. Como um todo, o trabalho aponta para a potencialidade clínica deste tipo de intrevenção, devendo ser ressaltado seu caráter inclusivo. Temos na Oficina Arte de Papel, a exemplo do que ocorre nas demais Oficinas da Ser e Fazer, grupos constituídos por indivíduos que se encontram em diferentes momentos do processo de amadurecimento emocional. Sendo assim, podem participar, em um mesmo grupo, indivíduos que se relacionam com o espaço da Oficina de forma subjetiva ou transicionalmente, ou seja, como um espaço onde, por meio da intervenção psicanalítica do holding, experiências integradoras possam acontecer, caminhando para a aquisição de um posicionamento brincante do ser humano, ou como um lugar onde brincar, para aqueles onde essa posição já se faz presente.

A ARTEPSICOTERAPIA Ser e Fazer

Consideramos imprescindível o estabelecimento de distinções entre o método psicanalítico e os procedimentos que sustentam os atendimentos clínicos (Herrmann, 1979). Dizer que o método científico da psicanálise é interpretativo corresponde a conceber que toda conduta humana, por mais incompreensível que se apresente, está

dotada de múltiplos sentidos, inscrevendo-se como acontecer humano. Entendemos que o método psicanalítico - constituído como estratégia investigativa específica no campo das ciências humanas - é interpretativo em seus fundamentos, sem exigir, para sua concretização clínica, a enunciação de sentenças verbais interpretativas. Consequentemente, o método psicanalítico pode fundamentar práticas clínicas diversas do dispositivo padrão, que Freud usou inicialmente para atendimento individual de pacientes diagnosticados como neuróticos, privilegiando a comunicação verbal. Abre-se, deste modo, a possibilidade para a concepção rigorosa de enquadres diferenciados, entre os quais se insere a artepsicoterapia winnicottiana, que ora apresentamos.

Ao aceitarmos o convite feito por Winnicott, para *sermos psicanalistas praticando outra coisa mais apropriada à ocasião*, entendemos que cada Oficina Psicoterapêutica de Criação realiza-se como um mundo transicional que acolhe o gesto do paciente, buscando favorecer a emergência do espontâneo, que é real e criativo.

Entendemos que o ser humano inicia seu viver a partir de um incipiente sentido de continuidade de ser. Desde tal perspectiva, admite-se haver no ser humano uma tendência para ser, uma abertura para o mundo, que, quando devidamente sustentada por um ambiente suficientemente bom, permitirá a integração pessoal, a instalação do ser no corpo e o estabelecimento de relação com a realidade. Cabe ao cuidador maternal a tarefa de facilitar os processos de desenvolvimento do bebê, tornando possível a realização de seu potencial humano. Disso resulta uma continuidade da existência, um senso de existir, um senso de *self*, a partir do qual se poderá alcançar uma posição existencial caracterizada, paradoxalmente, por vinculação ao outro e autonomia.

Comunicações silenciosas, sensoriais e físicas, que acontecem antes mesmo que o bebê exista desde o seu próprio ponto de vista, constituem um campo pré-subjetivo no qual tem lugar uma interação que permite que o bebê crie/encontre o mundo, ao mesmo tempo em que se constitui como self. Isto significa que o ser humano estabelece uma relação inicial com a realidade desde uma experiência criativa onipotente, que é aquilo que paradoxal e exatamente permitirá que possa posteriormente aceitar a alteridade e a externalidade do mundo.

No sentido winnicottiano, ser vivo e ser criativo é um mesmo e único fenômeno humano. A criatividade é concebida como dimensão inerente ao estar vivo, condição que se contrapõe ao mero sobreviver. No viver verdadeiro, que é o viver criativo,

descobrimos que tudo o que fazemos fortalece o sentimento de existência, na medida que a criatividade é a dimensão própria do modo humano de estar vivo.

Desde uma perspectiva winnicottiana, a psicoterapia em geral e a artepsicoterapia em particular podem ser vistas como possibilidades de auxílio ao paciente que busca a superação de dissociações entre o falso e o verdadeiro, num sentido de maior autenticidade pessoal. Desse modo, o paciente pode ser favorecido num processo de colocação em marcha daquele potencial que ficou bloqueado por falha ambiental no início da vida. Uma clínica que cuida da continuidade do ser pode beneficiar não apenas pessoas que padeceram de um início menos afortunado, como todos aqueles que, em outros momentos, sofreram invasões ambientais que lhes deixaram, como alternativas, a queda em agonias impensáveis ou a defesa dissociativa.

Concebendo a artepsicoterapia winnicottiana como prática que permite um cuidado à continuidade do ser, na medida que busca favorecer a superação de dissociações defensivas, apresentamos a Oficina Arte de Papel, que se caracteriza pela disponibilização da polpa do papel como materialidade mediadora capaz de facilitar a expressão emocional.

Fundamentalmente, a narrativa parece-nos apontar tanto para os movimentos da paciente no sentido de busca de modos autênticos de ser, vale dizer, de modos de inserir-se no mundo de forma pessoal e autêntica, como para o fato da Oficina constituir-se como ambiente sustentador e suficientemente bom.

Percebe-se que o acolhimento sustentado dos gestos da paciente, conjugando a compreensão psicanalítica e o holding, constitui-se como intervenção clínica fundamental.

Há que se notar que o holding é um tipo de ato terapêutico que não dispensa, muito ao contrário, a compreensão analítica. De fato, é apenas a sensibilidade clínica, aliada a uma compreensão aprofundada dos processos de constituição de self e da trajetória dramática de cada paciente em sua singularidade histórica, o que possibilita um holding que seja, ele próprio, self verdadeiro do analista, presentificado como gesto terapêutico.

A NARRATIVA DO ACONTECER CLÍNICO

Tina conheceu o grupo Arte de Papel quando fazia parte de um atendimento no IPUSP destinado aos aposentados. Ao final do grupo, soube da existência de oficinas

psicoterapêuticas e, como acreditava precisar de alguma ajuda "prolongada", inscreveu-se. Começou a freqüentar a oficina no grupo das 12h00. Contou-nos que trabalhava numa emissora de TV com o planejamento e execução de cenários e que havia sido demitida. Sentia-se perdida com o longo tempo disponível e não conseguia decidir qual atividade a inseriria no mercado de trabalho.

Todas as semanas, Tina trazia elementos como quem "estuda" para alguma apresentação. Por muito tempo, comentou que não conseguia fazer papéis como Gina, tão lisos e com uma quase perfeita graduação das cores. Também não encontrara algum elemento como as folhas de Eduardo, que ela sabia serem importantes para ele, sabia que se tratava de algo mais intenso que uma preferência, mas não conseguia descrever. Também não fazia quadros como Mara. Pedia, incessantemente, à terapeuta, que lhe contasse qual era a sua marca.

Conheceu os papéis de duas cores, os lisos com perfume, com diferentes texturas, quadros de papel, blocos para anotações revestidos com os papéis que fizera na oficina, enfim, Tina e o grupo percorreram muitos estilos e possibilidades com a polpa de papel.

Apresentou a terapeuta à sua mãe, pois estava preocupada com uma eventual depressão, em vista da viuvez recente. Tínhamos a impressão de que tentava fazer com que ela também aproveitasse do grupo. Por fim, percebeu que o grupo era seu espaço e que a presença da mãe constrangia seus gestos.

Chegando ao período de férias, entendeu que seu estilo pessoal estava relacionado a sua freqüente pesquisa por materiais, que sua singularidade pessoal relacionava-se não a um determinado material – folhas, conchas, linhas – ou a uma certa técnica para fazer folhas de papel. Transitava relativamente bem por todos esses campos e era exatamente essa característica que a distinguia.

Passamos alguns meses sem notícias de Tina. Voltara a trabalhar na emissora de TV, agora como freelance. Algumas vezes comunicava-se com a terapeuta para pedir ajuda na escolha de materiais diferentes para realizar alguma tarefa.

Tina e o marido sempre sonharam com o momento em que sairiam da cidade "grande". Guardaram as economias dos muitos anos de trabalho e adquiriram um terreno em uma cidade do litoral de São Paulo. Construíram sua casa aos poucos, minuciosamente, e planejavam dedicar-se a um pequeno comércio. Em paralelo à

edificação da casa, pesquisavam qual seria o ramo de atividades e cogitavam mudar-se em breve.

Pouco tempo antes dessa mudança, seu marido faleceu num acidente de carro. Semanas depois desse triste ocorrido, Tina voltou à Oficina. Mesmo incerta quanto aos nossos horários e a sua possibilidade de freqüentar o grupo, Tina nos visitou e participou do encontro. Voltou a fazer parte do grupo. Trouxe-nos seus papéis, que havia guardado cuidadosamente e não mais mexera e constatou que haviam sido corroídos por traças. Havia "caminhos" e o aspecto nos pareceu muito interessante.

Começamos um longo período confeccionando materiais: cadernos, blocos, agendas. Tina dispôs de um intervalo demorado de familiaridade com suas antigas experiências. Dividiu conosco suas tristezas e dúvidas quanto aos rumos de sua vida. Havia uma enorme dificuldade em voltar para a casa na praia, em resolver se continuaria morando com a mãe. Desanimada, queixava-se da falta de amparo da sua família. Seus irmãos mantêm-se afastados de problemas familiares e, como é a única filha, sente a necessidade de cuidar da mãe. Ambas passam pelo luto da viuvez e, aos olhos dos irmãos, parecem "cuidar-se" reciprocamente.

Esta decisão também é estudada, levando em consideração o relacionamento entre as duas. Além disso, sua casa no litoral é relativamente afastada da cidade e Tina vê alguns problemas para sua mãe adaptar-se à nova vida. Além de, sem dúvida, não estar certa se ela gostaria de mudar-se.

Tina encontra-se firmemente disposta a estabelecer-se no litoral, em suas palavras "na nossa casa", com vontade de seguir com os planos que fizera com o marido, mesmo que, desta vez, vá realizá-los sem contar com sua companhia.

CONSULTORIAS PSICOTERAPÊUTICAS Ser e Fazer: A ARTEPSICOTERAPIA NO CUIDADO A PROFISSIONAIS E EQUIPES DE TRABALHO

Tânia Maria José Aiello Vaisberg
Fabiana Follador e Ambrosio
Jacirema Cléia Ferreira
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

fabfoll@uol.com.br
www.serefazer.com.br

Quando nos defrontamos com demandas de ajuda psicológica para profissionais e equipes de trabalho, optamos por oferecer uma modalidade de atendimento em artepsicoterapia, denominada “Consultoria Psicoterapêutica”.

As Consultorias são um dos enquadres diferenciados apresentados pela Ser e Fazer e prestam-se ao cuidado emocional fazendo uso de materialidades apresentativo-expressivas, em contexto psicoterapêutico e/ou psicoprofilático.

São concebidas como mundos transicionais onde se entrelaçam problemáticas clínicas, reflexões teóricas, questionamentos acerca das limitações instituicionais, enfim, um espaço onde possam acontecer experiências ligadas à superação das dissociações.

Apresentamos reflexões sobre o uso do espaço das Consultorias por profissionais da área da Saúde Mental, que lidam em suas práticas profissionais com populações desfavorecidas e sofridas, em decorrência de condições precárias de vida que misturam pobreza, exclusão social e doença mental.

Guiadas pelo “estilo clínico ser e fazer”, oferecemos aos participantes a possibilidade de realizarem experiências em oficinas com polpa de papel, arranjos de flores ou crochê, de acordo com o que denominamos “materialidades-rabisco”, seguindo o conceito winnicottiano de apresentação de objeto. Constituímos três grupos para atendimento de vinte e cinco pessoas; foram programados e realizados oito encontros semanais, com duas horas de duração. Cada participante freqüentou, ao longo da totalidade dos encontros, uma das três oficinas.

Acreditamos ser importante uma rápida passagem por essas propostas. No grupo cuja materialidade apresentada foi a polpa de papel, o material poderia ser

transformado em quadros feitos com papel e outros elementos, como flores secas, pedaços de tecidos, pequenos brinquedos, bem como folhas de papel feitas de modo artesanal. Para os grupos com flores, o convite consistia na confecção de um arranjo, na elaboração do vaso, na escolha das flores que comporiam a peça. Os participantes que se encontravam no grupo com crochê, podiam confeccionar toalhas ou outras peças, escolhendo as cores, o formato, qual ponto seria usado nessa feitura.

A instauração de um espaço propício à expressão de frustrações e limitações vividas no ambiente de trabalho gerou interessantes efeitos no presente caso. Observou-se, deste modo, uma clara e expressiva transposição de atitudes e posturas, em moldes transferenciais, na medida em que tenderam a usar as materialidades apresentadas segundo modos rígidos e pouco criativos, que a nosso ver refletiam o vivido profissional impotente e paralisado junto às populações carentes. Diferentemente daquilo que temos experienciado junto aos demais pacientes, que tendem a se entusiasmar com as atividades possíveis, estes profissionais de saúde mental mostravam-se quixosos a maior parte do tempo. Alternavam expressões de descontentamento, ora reclamando dos materiais disponíveis, ora lamentando as próprias limitações e incapacidades. Deste modo, encenavam dramaticamente algo que viviam em seu ambiente de trabalho: uma mistura de sentimento de despreparo com a vivência de falta de condições ambientais favorecedoras de uma realização profissional satisfatória.

A nosso ver, o espaço foi usado para expressar o sofrimento presente no cotidiano desses profissionais. Concordamos com Winnicott (1965) quando aponta que: “É axiomático que se um setting profissional correto é fornecido, o paciente, isto é, a criança (ou o adulto) que se ache em sofrimento, trará a aflição para a entrevista sob uma forma ou outra. (...) Talvez seja desconfiança o que se demonstra, ou uma confiança grande demais. (...) Seja o que for que aconteça, é o acontecer que é importante.” (p. 246)

Consideramos que o espaço oferecido foi usado para expressão do sofrimento que os profissionais vivenciam em seu cotidiano e que a demanda da equipe relacionava-se não somente à possibilidade de um lugar para brincar, mas sim da aquisição emocional da capacidade para brincar, capacidade esta, segundo Winnicott, ligada à saúde emocional e ao viver criativo.

CASQUINHA, LUDOVICO E CAMBALHOTA: ERA UMA VEZ NA CLÍNICA WINNICOTTIANA

Tânia Maria José Aiello Vaisberg

Adriana Micelli Baptista

Fabiana Follador e Ambrosio

Yára Bastos Corrêa

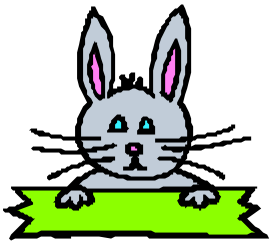
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

O trabalho de pesquisa-intervenção realizado na "Ser e Fazer": Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do IPUSP e no Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo (NEW) tem possibilitado o aprimoramento de um enquadre psicanalítico diferenciado de atendimento

> psicoterapêutico a crianças e seus familiares, que ocorre a partir da criação e utilização de estórias.
>
> Essa modalidade de atendimento, desenvolvida à luz do pensamento de D. W. Winnicott, tem se mostrado capaz de contemplar situações de sofrimento emocional que se apresentam em instituições de saúde, como por exemplo, nas unidades básicas de saúde, ou mesmo em setores ligados à justiça ou à educação.
>
> A estória é construída pelo psicólogo, a partir de seu encontro com as pessoas que buscaram o atendimento, considerando os elementos da experiência emocional dos envolvidos e a problemática apresentada. Assim, personagens como o caracol Casquinha, o coelho Ludovico, ou o cachorro Cambalhota, contribuem para a realização de intervenções psicanalíticas sustentadoras, na medida em que facilitam a ocorrência de experiências onde, mesmo as vivências sofridas, possam ser apresentadas "em pequenas doses".

É neste ambiente de *holding* que, ao criar a estória que lá estava para ser encontrada, a pessoa pode fortalecer o sentimento de si-mesmo e viver a própria vida de forma mais criativa e espontânea.

www.serefazer.com.br



Um Coelhinho chamado Ludovico

Era uma vez uma vez um coelho de nome Oscar que namorava uma coelha, chamada Tífane. Todos os dias ele ia até a toca da família da coelha para levar um maço de cenouras frescas para ela. Depois de algum tempo, a coelha começou a perceber que esperava um coelhinho. Contou a Oscar a novidade e ele resolveu sair para a floresta para procurar uma boa toca para ele morar com ela e o coelhinho filhote que iria nascer. Quando o coelhinho nasceu, deram a ele o nome de Ludovico. Oscar e Tífane nunca tinham tido nenhum filhote antes dele e por isso não sabiam bem como cuidar dele. Resolveram então deixar Ludovico por um tempo com a família e arrumar a toca onde iriam morar na floresta. Depois de alguns anos, o coelho e a coelha foram buscar o Ludovico, que agora já não era mais um bebezinho coelho, pois já sabia até andar sozinho. Ludovico estranhou um pouco o novo lugar e às vezes tinha saudades da família onde havia morado antes.

O tempo foi passando e Ludovico passou a querer sair para brincar, correr e pular na floresta. Mas sua mãe, Tífane, não queria que ele saísse da toca, pois tinha muito medo que ele se perdesse ou que fosse engolido pelas raposas. Seu pai, Oscar, não concordava muito com a Tífane, mas para não brigar não dizia nada.

Assim, Ludovico começou a crescer cheio de energia e a fazer bagunça em casa. Tífane ficava muito brava com ele, mas não percebia que ele fazia isso, pois não podia sair e brincar na floresta. Oscar entendia Ludovico, mas não sabia como dizer isso aos outros. Todas as vezes que Ludovico fazia bagunça, Tífane ficava nervosa e

Oscar não dizia nada. Um dia, Tífane deu uma bronca em Ludovico, pois ele havia bagunçado todo o estoque de cenouras da toca. Ela brigou com ele e ele teve muita raiva dela não deixa-lo sair da toca. Ela disse a ele que ele não parecia um coelho e sim um porco-espinho. Então Tífane saiu da toca distraída e não notou que havia uma onça faminta lá fora. Rapidamente onça a engoliu e ela nem chegou a ver nada do que aconteceu.

Quando Oscar veio para casa e viu o que havia acontecido, ficou muito triste. Mas, mesmo triste, ele não era muito de falar. Já Ludovico ficou desesperado, se sentindo o pior coelhinho do mundo. Achava que porque teve muita raiva de Tífane havia feito mal a ela. Lembrou que ela havia dito que ele não parecia um coelhinho e sim um porco-espinho. E daquele dia em diante passou a achar que na verdade era um porco-espinho e que todo mundo que chegasse muito perto dele iria ser espetado pelos seus espinhos. Quando os outros bichos ficavam bravos com ele, logo diziam que ele era mesmo um porco-espinho que machucava todo mundo, e não um coelhinho. Pouco tempo depois, Oscar arranjou uma outra coelhinha, Suzi, para cuidar de sua toca enquanto ele trabalhava na floresta. Oscar fez isso, pois precisava de ajuda e achava que não conseguiria fazer tudo sem a ajuda de uma coelha. Já que ele não tinha mais a Tífane, ficou com a Suzi. Tudo isso parecia muito estranho para Ludovico, que não entendia como seu pai não falava mais de sua mãe Tífane. E Oscar não sabia muito que dizer a Ludovico e acabava não dizendo nada.

Logo começaram os problemas entre Suzi e Ludovico. Ela queria arrumar a toca e queria que ele colaborasse e ele passou a detestá-la achando que ela queria mandar em tudo. Agora Suzi também dizia que ele era um porco-espinho que só machucava as pessoas e não um coelhinho. Suzi não tinha culpa do que havia acontecido com Ludovico e Oscar antes dela chegar. Apenas havia aceitado o convite de Oscar de morar na toca dele e de Ludovico e ser a nova coelha da toca. Então ela ficava com muita raiva de Ludovico e achava que ele estava atrapalhando sua felicidade com Oscar. E o Ludovico ficava cada vez mais triste, com raiva e chegava a achar que era tão terrível que mais parecia um porco-espinho mesmo. Às vezes ele mesmo e os outros se esqueciam de que ele era um coelhinho. A toca começou a ficar cheia de brigas e Oscar ficava triste, mas não sabia como dizer alguma coisa. Ele queria viver bem com Suzi, mas queria muito que Ludovico também estivesse bem.

Então Oscar achou que deveria pedir conselhos aos macacos. Os macacos ouviram

toda a estória de Oscar e perceberam que ele estava sofrendo muito, mas não sabia o que dizer e como ajudar a resolver as brigas na Toca. Assim os macacos também quiseram ouvir Suzi e Ludovico. Suzi disse aos macacos que também sofria muito com essas brigas e que estava disposta a fazer algo para que as coisas ficassem bem. E Ludovico também contou toda sua estória para os macacos. E eles acharam que Ludovico era um coelhinho que sofria muito para a sua idade. Acharam ele muito bonito, inteligente e esperto. E viram que na verdade ele não tinha nada de porco espinho. Só que às vezes ele tinha tanta raiva que ele mesmo e as pessoas achavam que ele parecia um porco-espinho. Disseram a Oscar e a Suzi que Ludovico, mesmo que tivesse raiva, e que essa raiva parecesse grande, ele não havia feito mal a ninguém na verdade, pois era apenas um coelho garoto com raiva e não um porco espinho ou um jacaré. Os macacos pediram a Oscar que contasse essa estória a seu filhinho Ludovico algumas vezes. Pensaram que seria legal para Ludovico ouvir a estória de seu pai e que isso poderia fazer ele se sentir menos triste e começar a aproveitar sua vida de coelho garoto de um jeito mais gostoso e legal, deixando para se preocupar com sua vida de coelho adulto só quando ele crescesse.

Fim.

UM TRABALHO CLÍNICO SOCIAL: A OFICINA DE HISTÓRIAS, FOTOS E LEMBRANÇAS DA SER E FAZER

Walkiria Cordenonssi Cia
Fabiana Follador e Ambrosio
Tânia Maria José Aiello-Vaisberg
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
www.serefazer.com.br

Diante da crise ética contemporânea, o sentimento de desamparo vivenciado pelas pessoas é extremo. A falha no acolhimento das necessidades humanas básicas gera sofrimento emocional e a dissociação aparece como estratégia de sobrevivência emocional, porém traz consigo o sentimento de irrealidade e futilidade. As funções de cuidado são afetadas pelo ambiente social de modo direto e imediato e são essas funções que dependem da experiência de integração pessoal e são constituintes de um self fortalecido e operante.

Em nossa prática clínica, recebemos pais extremamente angustiados que, na busca por maneiras “corretas” de educar seus filhos, acabam por se afastar da possibilidade do cuidado parental sintonizado com as necessidades existenciais das crianças.

A Ser e Fazer: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do IPUSP, frente a essa demanda, criou a Oficina “Histórias, Fotos e Lembranças”, voltada para pais que sentem algum tipo de dificuldade no relacionamento com seus filhos.

Neste trabalho, que visa o fortalecimento da integração do self dos cuidadores, operamos no sentido da sustentação emocional (holding), facilitando a ocorrência de vivências integradas, verdadeiras e do amadurecimento emocional saudável.

Menos defensivos e mais autênticos, os pais podem cuidar e educar seus filhos, respeitando sua alteridade. Dessa maneira, acreditamos contribuir com o fortalecimento dos vínculos sociais e com a busca da ética, que só é possível por meio do contínuo desenvolvimento emocional das pessoas.

NARRATIVA DO ACONTECER CLÍNICO

Maria[48] está separada de seu ex-marido desde que a Aninha[49] tinha 2 anos. Conta que o pai da menina mantém um bom relacionamento com sua filha, apesar de ser pouco presente e de não poder colaborar financeiramente.

Maria mora sozinha com a filha e quando vai para o trabalho, tem que levá-la junto. No local onde Maria trabalha, outras mães encontram-se nessa situação e também precisam levar seus filhos. Sendo assim, essas mães reuniram-se e resolveram pedir uma sala para que todas as crianças pudessem ficar perto delas. Foram atrás de uma babá para cuidar de todas as crianças e dividem as despesas. Aninha fica no trabalho da mãe até a perua da escola passar para pegá-la. Quando sai da escola, Aninha volta novamente para o trabalho da mãe para encontrá-la e voltarem juntas para casa.

Quando chegam em casa, a menina precisa fazer seus deveres da escola para que sua mãe a ajude e acompanhe o seu desempenho – pela manhã com a companhia das outras crianças, a possibilidade de que a lição seja feita é mínima. É um momento em que as duas encontram-se muito cansadas depois do longo dia, mas Maria disse que não tem escolha, para acompanhar a lição da filha e ter a certeza da realização, tem que ser na hora em que chegam em casa. No momento em que Maria começa falar sobre a lição de casa, seu jeito de falar muda: começa falar mais rápido e sua voz fica mais estridente, talvez por conta de uma ansiedade muito grande relacionada à situação. A mãe, na sua narrativa, descreve a filha como sendo muito dispersa para fazer a lição, o que faz com que ela fique muito irritada, além disso, em muitos momentos ela afronta a mãe, como se toda a autoridade estivesse com ela. Maria não gosta de bater na filha, mas algumas vezes ‘perde a cabeça’, pois a situação é muito aflitiva para ela.

Parece que Aninha constantemente precisa de reforço escolar e, quando isso acontece, elas têm que sair mais cedo de casa para que dê tempo de Maria deixar Aninha na escola e depois ir para o trabalho sem chegar atrasada.

Na escola a menina exerce uma liderança entre as outras crianças, que gostam muito dela. Por outro lado, as crianças também brigam bastante com Aninha, pois a menina usa o segredo que as outras crianças lhe contam para fazer chantagem e conseguir as coisas que deseja. A mãe está extremamente preocupada, diz não saber

[48] Nome fictício.
[49] Nome fictício.

mais o que fazer para que sua filha entenda que isso é errado. Sente-se impotente diante destes fatos, pois tenta educar a filha com os seus valores e com aquilo que acredita que uma pessoa necessita 'para se colocar honestamente na vida', mas ela diz que 'entra por um ouvido e sai por outro'.

Atualmente, Maria tem um namorado que a filha chama de pai. Mas só se encontram nos finais de semana, porque ele mora em outra cidade. Teve que se afastar da família, pois não gostam do seu namorado.

Aninha não consegue dormir à noite sozinha e vai para a cama da mãe. Só fica em seu quarto quando o namorado da mãe está em casa ou quando recebe suas amiguinhas. Maria a descreve como uma criança carinhosa, que adora abraçar, beijar e ficar no colo.

A mãe encontra-se muito angustiada e se sentindo com dificuldades de lidar com essa situação, e diz que foi por conta disso que procurou ajuda.

A psicóloga encontrou Maria, tendo que sustentar - econômica e emocionalmente - sozinha sua filha. Passando por uma situação onde luta pela sua sobrevivência e a de sua filha, em que é responsável por seu suporte emocional e moral, Maria sente dificuldade.

Aninha sobre vários aspectos parece estar pedindo ajuda, da forma que lhe é possível: pelo desempenho escolar, pelo relacionamento com os amigos, pela dificuldade em dormir sozinha, entre outras. Mas Maria não está conseguindo sozinha ajudar a filha, porque também está precisando de ajuda. Precisa de uma sustentação emocional, para confiar na sua própria capacidade, que sente ter perdido. Está colocando em dúvida a sua capacidade de ser mãe, sua possibilidade como cuidadora. Parece que Maria tem de fato essa capacidade, só precisa de um suporte para perceber e acreditar no seu potencial.

.